MARIN VOICULESCU

DE VEGHE PE FRONTUL VIEȚII

EDITURA MEDICALĂ

Scanned with CamScanner

PROF. DR. DOC. **MARIN VOICULESCU**
MEDIC EMERIT
Membru corespondent al Academiei R. S. România

DE VEGHE PE FRONTUL VIEȚII

Gînduri despre medici și medicină

EDITURA MEDICALĂ
BUCUREȘTI ● 1984

Scanned with CamScanner

Cuprinsul

I. A FI MEDIC — 9
1. **Medicul zilelor noastre** — 9
2. **Există o vocație pentru a deveni medic ?** — 20
3. **Tendințe în formarea medicului în facultate** — 26
4. **Formarea clinică în medicina contemporană** — 33
5. **Pledoarie pentru formarea psihologică a medicului** — 38
6. **Medicul — om de cultură** — 43
7. **Măreția și slăbiciunile specializării** — 50
8. **Reflecții pe marginea concursurilor în medicină** — 56
9. **Lecția „ex cathedra" : între practici vechi și perfectări moderne** — 63
10. **Redescoperirea clinicii — mereu actuală** — 69
11. **Elogiul lecturii** — 74
12. **Despre cartea medicală** — 79
13. **Documentarea medicală : posibilități, limite și orientări actuale** — 86
14. **Poziția medicinii interne în medicina contemporană** — 92
15. **Viața și sănătatea medicilor** — 99
16. **Virsta retragerii medicului : numai un timp al amintirilor ?** — 108
17. **Imagini ale medicului în lume : între iatrofobie și iatrolatrie** — 113

II. MEDICINĂ ȘI SOCIETATE — 126

18. **Sănătatea : definiții și atitudini** — 126
19. **Economia sanitară în formarea și în activitatea medicului** — 130
20. **Raționalizarea analizelor de laborator** — 138
21. **Criterii pentru calitatea muncii unui spital** — 145
22. **Reflecții despre responsabilitatea socială a medicului** — 149
23. **Informare sanitară sau educație sanitară ?** — 154
24. **Medicament și publicitate** — 160
25. **Medicii-scriitori și rolul lor social** — 167
26. **Dincolo de raza de acțiune a medicului** — 172
27. **Lungul drum al profilaxiei** — 177
28. **Risc și responsabilitate în practica medicală** — 184
29. **„Medicalizarea sănătății" : tendințe sau temeri nejustificate ?** — 192

Scanned with CamScanner

30. De ce întîrzie diagnosticul în cancer ? — 195
31. Poziția actuală și perspectivele medicului de medicină generală — 200
32. Medicina ca o forță pentru pace — 207

III. MEDIC ȘI PACIENT — 213

33. Despre arta conversației cu bolnavul — 213
34. Factorii care afectează relațiile medic-pacient — 217
35. Dispute în jurul anamnezei — 224
36. Adevărul în fața bolnavului — 230
37. Perseverență și scepticism în terapeutică — 235
38. Terapia : o știință, dar și o artă — 239
39. Terapeutica modernă : un risc calculat ? — 242
40. Finalitatea actului medical : recuperarea și reintegrarea socio-profesională — 247
41. Riscuri ale iradierii medicale — 253
42. Sindromul Münchhausen și alte aspecte ale simulării în medicină — 258
43. Din sursele abuzului de medicamente — 263
44. Îngrijirea bolnavilor cu prognostic infaust — 269

IV. ETICA MEDICALĂ — 275

45. Noi probleme etice în medicina modernă — 275
46. Etica consultului medical — 280
47. Aspecte etice ale colaborării dintre internist și chirurg — 284
48. Din etica publicațiilor — 290
49. Etica bibliografiei — 295
50. Din etica și măreția profesiunii medicale — 301
51. Condiții etice ale experimentării clinice — 307

V. MEDICINA LA TIMPUL PREZENT — 317

52. Nutriția în actualitate — 317
53. Fibrele alimentare : o noțiune nouă în nutriție și în patologia digestivă — 323
54. Cafeaua — o problemă pentru sănătate ? — 328
55. Intoxicații alimentare — 334
56. Efecte (mai puțin cunoscute) ale băuturilor alcoolice — 338
57. Alcool și alcoolism : noi clarificări — 342
58. Bioritmuri și implicații practice în medicină — 347
59. Atitudinea față de febră — 354
60. Virtuți profilactice ale aspirinei — 359
61. Particularități ale infecțiilor în senescență — 365
62. Psihologie, automobolism și accidente rutiere — 370

Scanned with CamScanner

63. **Somn. Insomnii. Coşmaruri** — 373
64. **Rîsul, o problemă de sănătate ?** — 378
65. **Vaccinuri : orientări actuale** — 382
66. **Zoonoze domestice şi alte probleme conexe** — 389
67. **Insecte şi insecticide : vechi probleme şi noi soluţii** — 393
68. **Sistemul internaţional de unităţi (SI)** — 400
69. **Problema comunicării în consfătuirile ştiinţifice medicale** — 406
70. **Studiul clinic controlat şi importanţa lui pentru evaluarea medicamentelor noi** — 412
71. **Homeopatia : evaluări şi perspective** — 419

VI. VIITOR ÎN MEDICINĂ — 427

72. **Prognoza în medicină prin metoda Delphi** — 427
73. **Computere în medicină : prezent şi perspectivă** — 431
74. **Progresele în genetică şi medicina viitorului** — 439
75. **Caveat ! Vechi molime în timpuri moderne** — 445
76. **Gerontologia în perspectivă : este bătrîneţea curabilă ?** — 450
77. **Medicina în viitor : multe speranţe, dar şi multe probleme** — 458
78. **Spre o medicină a omului sănătos** — 468

INDEX ALFABETIC

Scanned with CamScanner

Introducere

Prezentînd cititorilor această carte, cu subiecte despre medici şi medicină, m-am gîndit ca fiecare din aceste capitole să poată oferi unele repere pentru reflecţii şi o meditare mai adîncă asupra rostului medicinii şi a slujitorilor ei, în lupta cu boala şi pentru apărarea sănătăţii.

Din parcurgerea tablei de materii, s-ar putea degaja impresia unei prea mari varietăţi de subiecte abordate, ceea ce ar impieta asupra unităţii lucrării. Alegerea a fost însă deliberat gîndită astfel, considerînd că există totuşi o unitate — în varietate — care leagă toate subiectele. Ea constă din umanismul actelor medicale, al medicinii, cea mai umană dintre profesiuni.

Am strîns în aceste pagini învăţăminte ale unei activităţi medicale de aproape o jumătate de secol, printre un mare număr de bolnavi pe care i-am îngrijit, precum şi printre multe cărţi şi diferite scrieri medicale, atît de scumpe mie, ca şi multor altora.

Tot ceea ce am făcut în viaţă şi ceea ce am scris, m-am gîndit mereu să fie dedicat omului şi binelui său. Este de fapt scopul final al muncii noastre. Şi în acest sens trebuie înţelese cuvintele lui Goethe : „Das eigentliche Studium der Menscheit ist der Mensch“ (Die Wahlverwandschaften, II, 7) = *Studiul propriu-zis al omenirii este omul.*

Acesta este rostul acestor eseuri, de fapt convorbiri prelungite despre medic şi medicină, într-o lume în continuă schimbare.

AUTORUL

Scanned with CamScanner

I.

A fi medic

1.
Medicul zilelor noastre

Ce este medicul ?

Vom începe cu sobra definiţie dată medicului de Organizaţia Mondială a Sănătăţii (1) :

„Medic este acea persoană care, după ce a fost admisă în mod legal într-o facultate de medicină, ferm recunoscută în ţara unde aceasta se află, a urmat cu succes programul prescris de studiile de medicină şi a obţinut calificările, graţie cărora are calitatea de a fi legal autorizată pentru a exercita medicina (care cuprinde profilaxia, diagnosticul, tratamentul şi recuperarea), după propria sa judecată, cu scopul de a promova sănătatea colectivităţii şi a individului".

Prin această definiţie, s-a căutat să se ţină seama de diferitele structuri ale învăţământului medical şi de dreptul de a exercita medicina în diferite ţări. Această definiţie corespunde pentru Anglia la *registered medical practitioner,* pentru România la *doctor-medic,* pentru S.U.A. la *medical doctor,* pentru U.R.S.S. la *vraci,* pentru ţările de limbă spaniolă la *medico* şi pentru ţările arabe la *tabib.*

Ceea ce ni se pare interesant de comentat în definiţia dată de O.M.S. sînt următoarele :

— Menţionarea precisă a absolvirii cu succes a unei facultăţi de medicină *ferm recunoscută* (nu orice şcoală), ceea ce este indispensabil, pentru a feri profesiunea medicală de mistificări prin activitatea unor persoane, amatoare de practica ilegală a medicinii şi care abundă în fiecare ţară (denumite în Franţa *guérisseures,* adică vindecători, tămăduitori).

— Cuprinderea în noţiunea de „medicină" a 4 componente principale, prezentate în ordine logică şi ideală : profilaxia, diagnosticul, tratamentul şi recuperarea (înlocuind un conţinut mai vechi, simplist şi parţial, prin care medicul era conceput ca o persoană care ştie numai să pună diagnosticul şi să dea un tratament).

1) Communiqué O.M.S./8, 18 Mai 1972.

Scanned with CamScanner

— Formularea „după propria sa judecată" trebuie înțeleasă în sensul că, în tot ceea ce face, medicul trebuie să apeleze la gîndirea, la judecata și responsabilitatea sa.

— Importanța acordată laturii sociale a activității medicului, prin menționarea promovării sănătății colectivității și a individului, în această ordine.

La această definiție, firesc sumară și sobră, vom adăuga cîteva reflecții asupra acelor condiții ori atribute, care ni s-au părut mai importante, pentru a defini un medic complet, medicul ideal.

Condiții preliminare

A alege profesiunea de medic înseamnă (ori ar trebui să însemne) o decizie grea, îndelung gîndită și aprofundată. Tinerii care se decid în acest sens, ar trebui să mediteze mult la următoarele :

— dacă această alegere reprezintă, cu adevărat, calea pe care ei doresc s-o urmeze și să-i dedice toată viața lor de lucru ;

— dacă, ținînd seama de această decizie, cunosc ei scopul medicinii ;

— dacă sînt informați asupra condițiilor de bază, a acelor aptitudini psihofizice, care le permit să devină buni medici, și — reflectînd asupra lor — să-și dea seama dacă și cîte din acestea le îndeplinesc.

Meditînd asupra acestor condiții, poate va fi mai clară imaginea acelui medic ideal, către care se tinde de veacuri, în pas cu progresele timpului său și în continuă perfecțiune.

Un astfel de subiect ar putea să constituie însă mai curînd tema unei cărți ori a unui congres, sau a unei consultări largi a populației. Perfect conștienți de dificultatea abordării unui astfel de subiect, vom căuta să schițăm, în cele ce urmează, cîteva aspecte, care ni s-au părut caracteristice profilului acestui medic.

Vocația de a fi medic

În primul rînd, ar trebui să existe *vocația*, în sensul de „chemare", de înclinație (din latină : *vocatio* = chemare). Căci medicina nu este numai o profesiune. Ea este o vocație, în sensul de renunțare la sine și de dăruire totală pentru apărarea vieții și sănătății omului.

Nu poate să devină medic adevărat acela care nu este dotat cu această pasiune, care nu simte această „chemare" a profesiunii. În zadar se va strădui un părinte să împingă spre studiul medicinii

Scanned with CamScanner

un fiu care nu posedă o astfel de înclinaţie. Va face din el un simplu purtător de diplomă, un birocrat şi un dezamăgit.

Sînt unii, însă, care se gîndesc să devină medici pentru a realiza un status financiar ridicat, făcînd din medicină o afacere, în loc de o vocaţie. Pentru binele public şi reputaţia profesiunii noastre, aceştia ar trebui de la început să renunţe la medicină şi să treacă la alte meserii.

Detectarea şi selecţionarea prin aptitudini

Un înţelept proverb, prezent la toate popoarele, spune : *„omul potrivit la locul potrivit"*, ceea ce constituie o soluţie ideală. Problema, cu care de secole s-a confruntat omenirea, este aceea de a găsi metodele de detectare a acelor aptitudini psihofizice, care sînt cele mai potrivite pentru fiecare profesiune, în aşa fel ca fiecare tînăr să fie orientat în alegerea profesiei, pe baza unor criterii obiective, ştiinţifice (2). În acest scop, s-au făcut numeroase cercetări de colective de specialişti, compuse din pedagogi, psihologi, sociologi, medici, ergonomi, economişti.

Desigur, comisiile care ar detecta aceste aptitudini nu pot stabili decizii, ci pot face numai recomandări, sfaturi orientative, general valabile pentru orientarea profesională. Nu pot fi enunţate judecăţi definitive pentru fiecare caz, nu pot fi stabilite dogme, deoarece unele aprecieri ar putea fi infirmate de dezvoltarea ulterioară a unora din cei consideraţi inapţi pentru profesiunea respectivă, prin diferite teste ori indici. Mari medici ori chirurgi au rezultat uneori din aceia cărora nu li s-a acordat creditul de aptitudini necesare la vîrsta uceniciei.

Ţinînd seama de aceste rezerve şi de complexitatea aptitudinilor, care se consideră necesare pentru formarea unui bun medic, s-au încercat numeroase metode de detectare a acestor calităţi, necesare pentru selectarea studenţilor în medicină. Din nefericire, unele metode de examinare păcătuiesc printr-o prea mare complexitate, altele prin mecanicism (computerizare), altele prin unilateralitate, altele prin subiectivism. În procedurile examenelor de admitere prevalează, de obicei, depistarea numai a unor atribute intelectuale (memorie, judecată şi inteligenţă), apreciate şi cantificate prin simboluri cifrice : note.

2) BRÎNZEI P. — Alegerea profesiei şi echilibrul psihofizic, *Scînteia*, 1.IV.1979.

Scanned with CamScanner

Dar numai acestea nu pot să ne asigure asupra unui viitor bun medic.

Într-o examinare mai cuprinzătoare, va trebui să ne convingem dacă viitorii studenți posedă și alte însușiri necesare studiilor medicale : curiozitate și spirit științific, judecată rapidă și sigură, voință continuă de perfecționare, metodică de învățămînt, cunoașterea unei (sau unor) limbi de circulație internațională, cultură generală, însușiri manuale și, mai ales, acele calități morale necesare adevăratului medic (despre care ne vom referi mai departe).

Competența profesională

Aceasta este condiția esențială, *sine qua non,* pentru a fi un bun medic practician și a inspira încredere bolnavului. Numai bunătatea și mila nu compensează ignoranța (J. Bernard).

În acest scop, sînt necesare : *cunoștințe teoretice adecvate,* experiență clinică bogată (observație, înregistrare și judecată), abilitate tehnică, gîndire și metodă științifică, precum și artă pentru aplicarea în practică. Trebuie să existe și un just echilibru între acestea. Un medic teoretician excesiv, cu practică insuficientă, este periculos pentru bolnav, tot așa cum s-a spus : nimic nu-i mai periculos pentru bolnav, decît un medic „savant", care se apropie de el avînd un „sistem" (Alibert) (ceea ce este în contrast cu supleţea și prudența caracteristice clinicianului experimentat). Sau, așa cum enunța Fr. Bacon în cartea sa, *The Advancement of Learning* : „dacă un om va începe cu certitudini, va sfîrși cu îndoieli ; dar dacă el se va mulțumi să înceapă cu îndoieli, va termina cu certitudini".

La fel de periculos devine și medicul care se limitează la un practicism îngust, lipsit de cunoștințe teoretice la zi și fără noi achiziții practice.

Medicina este o știință, iar prin aplicarea în practică este o artă. De aceea, gîndirea științifică „trebuie să aparțină ca o responsabilitate majoră tuturor medicilor (3), neputînd fi considerată ca un apanaj al oamenilor de știință. Acel așa-zis *hiatus scientificus,* care persistă între medicina adevărată și cea practicată trebuie să dispară. Înțelegerea interdependenței profunde între modul de gîndire științific și cel uman este o adevărată comoară pentru

3) BARONDESS J. — Science thoughts on academic medicine, *Arch. intern. Med.,* 1971, *127,* 310.

Scanned with CamScanner

clinician, deoarece ajută la unificarea științei disparate cu arta practicii medicale" (4).

O condiție foarte importantă este aceea ca medicul să cunoască însă și *limitele competenței sale profesionale* și să nu întreprindă acte medicale, care să depășească această competență. Este un vechi principiu de etică medicală, statuat încă în jurămîntul hipocratic și etern valabil. În astfel de situații (mai ales în caz de acte operatorii, dar și pentru orice intervenție medicală), medicul — după ce acordă primul ajutor necesar bolnavului — îl va trimite la un eșalon superior sau la un centru medical de specialitate, înzestrat tehnic și cu personal apt pentru a rezolva cazul. Un medic care ignorează limitele competenței sale este un pericol pentru populație (5).

În țara noastră, sînt bine statuate competențele medicale pentru fiecare unitate sanitară, pe specialități, printr-un ordin al Ministerului Sănătății.

Perfecționare profesională continuă, pasiune pentru nou

Competența profesională nu poate fi acceptată ca atare fără ca medicul să se țină la curent, la zi, cu toate achizițiile importante în medicină și mai ales cu cele din specialitatea sa. Cel care a semnat să devină medic trebuie să știe că a semnat pentru un învățămînt pentru toată viața. Căci formarea ca medic, în facultate, este numai un început.

Iată cum se exprima un participant (Furner) la cea de-a 2-a conferință mondială a învățămîntului medical (Chicago, 1959):

„În zilele noastre, obținerea unei diplome de doctor nu este decît o primă etapă pentru tînărul medic, care optează fie pentru învățămînt, fie pentru o specialitate.

Dacă el vrea să ofere cele mai bune servicii sanitare posibile concetățenilor săi atît ca educator, cît și ca medic practician, se vede în situația — cu alternativa de neînlăturat — de a face din medicină *un studiu de o viață întreagă*, pentru a rămîne în ritm cu evoluția rapidă a cunoștințelor științifice".

În același sens, s-a exprimat, vorbind despre medicină, și Hipocrate părintele medicinii (acum 2 400 de ani): „viața este scurtă, arta *(techné)* este lungă" *(vita brevis, ars longa)*.

4) BAUM M. — Scientific empiricism and clinical medicine, *J. roy. Soc. Med.*, 1981, *74*, 504.

5) FAY F. — What is a good doctor? *Med. J. Aust. (Suppl.)*, 1971, *7*, 103.

Scanned with CamScanner

Obligaţia de a studia permanent devine şi mai presantă astăzi, cînd se apreciază că volumul de cunoştinţe se dublează, la fiecare 7 ani ! Or, un medic care nu se ţine la curent cu noul, cu progresele medicinii, devine moralmente un culpabil faţă de bolnavii săi, pe care îi lipseşte de avantajele progreselor medicale. Căci, numai cu bune intenţii şi cu o hărnicie amabilă nu se pot vindeca sau salva bolnavii.

Pentru perfecţionarea sa, medicul trebuie să prevadă :

— un program sistematic de citit ceea ce este nou în reviste, tratate (6) ;

— participarea activă la societăţi ştiinţifice şi la congrese medicale ;

— cursuri (periodice) de perfecţionare (reciclare).

Umanismul şi valoarea calităţilor morale

Probabil că, în nici o altă profesiune, nu atîrnă atît de greu în balanţă ponderea calităţilor morale pentru valoarea medicului. Fără aceste atribute, nici nu ar putea fi vorba de un medic adevărat, ci doar de un meşteşugar, un „tehnician de organe". Ştiinţa, competenţa profesională nu sînt suficiente pentru a face un adevărat medic.

Umanismul, în sensul cel mai frumos al acestui cuvînt, al dragostei de om, este indispensabil pentru a fi un medic adevărat. Acum două milenii Hipocrate spunea : „acolo unde este dragoste de om, acolo este şi dragoste de artă ; iar unii pacienţi, deşi conştienţi de starea lor gravă, îşi recapătă sănătatea prin simpla mulţumire care le-o dă bunătatea medicului lor". Bunătate, blîndeţe, răbdare, cordialitate, compasiune, înţelegere şi, mai ales, un infinit devotament, sînt însuşiri ale medicului, care contează enorm pentru bolnav, şi-i influenţează favorabil vindecarea.

Marele clinician vienez H. Nothnagel (1841—1905) spunea în acest sens :

„Numai un om bun poate deveni un medic bun. În spiritul uman, în care el utilizează cunoştinţele şi priceperea sa, rezidă adevăratul lor caracter de noblete. Educaţia spirituală şi morală trebuie să meargă paralel cu educaţia intelectuală şi ştiinţifică".

Trebuie avut în vedere că, în arta vindecării, intervin mai mulţi factori decît administrarea unui medicament : încrederea în medic (factor decisiv în terapie), maniera de a vorbi a acestuia (un

6) VOICULESCU M. — Perfecţionarea continuă a medicilor şi sarcinile actuale ale revistelor medicale, *Viaţa med.*, 1971, 15, 674.

Scanned with CamScanner

atribut important al meseriei de medic), puterea lui de a liniști și de a asigura pe bolnav, discreția, tactul, curajul și — mai ales — o mare doză de optimism, care trebuie insuflată bolnavului.

Toate aceste însușiri trebuie să fie dezvoltate și perfecționate, la maximum, într-un spirit de dăruire, abnegație și devotament, care pot merge pînă la acele acte de eroism care au caracterizat munca unor medici, așa cum, spre exemplu, au dat dovadă medicii și celelalte cadre sanitare din Capitala țării noastre, cu ocazia puternicului seism din noaptea de 4—5 martie 1977 (7).

S-a verificat atunci, încă o dată, acea pătrunzătoare definiție dată profesiunii medicale de tovarășul *Nicolae Ceaușescu,* care a spus :

„Medicina este într-adevăr o profesie, dar nu este o profesie ca toate celelalte. Ea cere nu numai multă pricepere, ci și multă dragoste de om, înaltă omenie, pasiune de a te dedica sănătății oamenilor".

Un înalt nivel etic

În relațiile sale cu bolnavii, medicul trebuie să posede și să respecte, în cel mai înalt grad, principiile și regulile deontologiei medicale, în spiritul celei mai înalte etici, etica socialistă.

Fără un respect total al acestei etici, medicul nu ar mai putea lucra mai departe, iar medicina nu s-ar mai bucura de nici un prestigiu. Să nu uităm că piedestalul moral, pe care am dori să fie situat medicul, îl construim noi singuri, prin tot ceea ce facem prin *etica actelor noastre.*

În medicină, responsabilitatea morală este tot atît de mare ca și cea tehnică. Actele medicale trebuie analizate nu numai în privința performanței lor tehnice, dar — tot atît de mult — în lumina eticii, a corectitudinii lor morale, a celei mai înalte responsabilități față de om (8).

De aceea, pentru adevăratul medic, negocierea actului medical sau condiționarea acordării acestuia, în funcție de beneficii materiale, apare ca o absurditate, ca o condiție incompatibilă cu profesiunea de medic, ca o negare a profesiunii medicale.

Sănătatea și bolile omului nu pot fi niciodată negociate.

„Respect pentru om : aceasta este piatra de încercare" (A. de Saint-Exupery).

7) VOICULESCU M. — Etica și măreția profesiunii medicale, *Viața med.,* 1977, 6, 241.
8) VOICULESCU M. — Relațiile dintre medic și pacient, *Viața med.,* 1967, *15,* 1 009.

Scanned with CamScanner

Un simţ de responsabilitate deosebit

O trăsătură fundamentală a medicului este un puternic simţ de responsabilitate faţă de bolnavii săi, faţă de sarcinile care îi revin. Medicul nu poate fi niciodată liniştit, în sensul că el se gîndeşte tot timpul la ceea ce se întîmplă cu pacienţii săi, nu numai în exerciţiul funcţiunii, dar şi în toate momentele vieţii sale. El nu poate uita că : „medicul este un om căruia bolnavul îi încredinţează corpul său şi viaţa sa, pentru un act a cărui gravitate el n-o ignoră. Medicul nu poate răspunde la această încredere decît printr-o conştiinţă infinită" (R. de Vernejoul). Sau, aşa cum spune J. Hamburger despre neliniştea medicului : „există oare vreun medic care să se fi sustras acestui fel de nelinişte şi de surprindere, care iau naştere din sentimentul zilnic că moartea se află atît de aproape de viaţă ?".

Astăzi, imensul progres al medicinii a făcut să crească şi mai mult numărul şi gravitatea responsabilităţilor medicale, prin dificilele probleme etice pe care le-au ridicat noi acte medicale, ca : transplantul de organe, diagnosticul genetic prenatal, unele aspecte ale reanimării, verificările de noi medicamente, confidenţialitatea datelor medicale în lumina introducerii şi tratării acestora prin computere etc.

Pregătirea ideologică şi funcţia socială a medicului

În formarea medicului, un loc important revine pregătirii sale ideologice, cunoaşterii politicii sanitare a statului şi a funcţiei sociale a medicilor.

Încă acum 2 400 ani, Hipocrate considera că medicul trebuie să posede şi o gîndire filozofică, spunînd între altele : „Trebuie să transpunem filosofia în medicină şi medicina în filozofie. Medicul-filozof este egalul zeilor".

Astăzi, se ştie că biologia şi medicina au devenit printre ştiinţele cu cea mai bogată încărcătură ideologică.

Nu ar putea fi un medic adevărat acela care nu ar fi şi un bun cunoscător al fenomenelor sociale. Medicul — şi cu atît mai mult cel de astăzi — trebuie să posede o gîndire sociologică, să fie instruit în sociologia medicinii, aşa cum se realizează în ţara noastră prin disciplina de profil în cursul facultăţii şi prin cărţi şi articole de specialitate. În acest sens, medicul trebuie să nu se limiteze numai la patul bolnavului şi să ştie să privească dincolo

Scanned with CamScanner

de zidurile spitalului în colectivitățile umane, în mediul social, acolo unde se nasc și se propagă bolile. Trebuie să recunoaștem că această problemă a mediului ambiant a stat în fața medicilor încă din antichitate (a se vedea în operele lui Hipocrate „Despre aer, ape și locuri").

În mod deosebit, ne amintim de cuvintele lui Ștefan Stîncă (1865—1897), această personalitate remarcabilă a medicinii românești, care în teza de doctorat intitulată „Mediul social ca factor patologic" spunea : „...studiul suferințelor omului, ca ființă socială, ne arată că o parte din maladii sînt, direct sau indirect, produse de efectele mediului social în care trăim. În mîinile noastre, stă putința de a curma cu defectele inerente societății ; să ne slujim de această putere".

Cunoștințele de sociologie a medicinii și misiunea socială a medicului intră, de altfel, în pregătirea sa ideologică (9)(10).

Cunoștințe de economie sanitară

Medicul de astăzi nu poate ignora, nici un moment, sarcinile sale economice față de colectivitate. În acest scop, el trebuie să posede cunoștințe solide de economie sanitară, medicul fiind prin activitatea sa și un „ordonator de fonduri publice", calitate care îi conferă responsabilități financiare concrete". El trebuie însă să știe să îmbine, în mod armonios, funcția sa primară de a apăra și promova sănătatea oamenilor, cu răspunderile sale față de colectivitate. În legătură cu aceste responsabilități multiple ale medicului, P. Denoix imaginase următorul titlu pentru medicul actual : *„Homo medicus hospitalensis, generosus, economicus"* (11).

Optimism și perseverență în diagnostic și în terapeutică

Perseverența de a stabili diagnosticul, de a-l duce și elucida pînă la capăt, constituie o altă trăsătură importantă a adevăratului medic. Aici, nu poate fi vorba de cea mai mică indolență ! Dimpotrivă, așa cum spunea F. Stenn : „dacă nu puteți stabili

9) POPESCU GR., RĂDULESCU S. — Sociologia medicinii, Ed. medicală, București, 1976.
10) POPESCU GR., SĂNDULESCU S. — Medicina și colectivitățile umane, Ed. medicală, București, 1981.
11) DENOIX P. — Leçon inaugurale, *Rev. Hospitalière*, 1966, *194*, 774.

Scanned with CamScanner

diagnosticul, întoarceţi-vă înapoi la patul bolnavului, aşezaţi-vă lîngă pacient şi observaţi atent simptomele şi semnele ; o oră, o zi sau — dacă este nevoie — o întreagă săptămînă".

Aceeaşi perseverenţă trebuie păstrată şi în terapeutică. Este vorba de un *stil de muncă,* dar şi de *atitudine a minţii* şi de voinţa de a face mai mult pentru salvarea bolnavului, o atitudine care trebuie să depăşească acel *status praesens,* stagnant, al terapeuticii. Din astfel de încercări, de a face mai mult şi mai bine, au rezultat nu numai vindecări aparent miraculoase, dar *totodată deschiderea unor noi orizonturi terapeutice.* Astfel, s-au născut metodele moderne de reanimare şi terapie intensivă, transplantele de organe etc. ... în ciuda celor sceptici.

Scepticismul nu are loc în terapeutică !

Spiritul critic, însă, trebuie să fie totdeauna prezent. Aşa cum spunea un mare clinician, Koltîpin : „în terapeutică, atît excesul de zel, cît şi insuficienţa terapeutică, pot fi dăunătoare. Trebuie să ai inima fierbinte şi capul rece".

Este etic a merge cu bolnavul pînă la capătul drumului vindecării sale, oricît de lung ar fi acesta !

Şi tot etic este să laşi totdeauna bolnavului speranţa vindecării.

Modestie şi spirit autocritic

Practica medicală ne învaţă, cel mai mult să nu fim înfumuraţi cu pregătirea şi experienţa noastră, totdeauna mai redusă decît ar trebui. Trebuie să fim conştienţi de imperfecţiunile noastre, ca şi de cele ale medicinii actuale. Să avem totdeauna prudenţă, eterna prudenţă a adevăratului medic clinician. Să meditäm asupra actelor noastre, *dacă am făcut tot ceea ce trebuia şi cît mai bine.*

Să recunoaştem greşelile şi, mai ales, să le analizăm autocritic. Marele clinician Osler spunea, recunoscînd o eroare de diagnostic : „domnilor, aceste cazuri sînt trimise pentru a ne pune pe noi în umilinţa cuvenită faţă de diagnostic".

Iar P. Frank, după o viaţă de experienţă, spunea cu modestie : „cînd eram tînăr, bolnavii erau aceia care se temeau de mine ; acum, cînd am păr cărunt, eu sînt acela care mă tem de bolnavi".

Scanned with CamScanner

Cunoştinţe de psihologie medicală

Nu se poate concepe un medic practician fără o bună cunoaştere a *psihologiei,* atît a omului sănătos, dar mai ales a omului bolnav, de care depinde deseori succesul terapeutic.

„Un medic care ar omite psihologia bolnavului nu şi-ar îndeplini decît pe jumătate sarcinile sale", spunea ilustrul pediatru R. Debré. Fără cunoştinţe de psihologie medicală, medicul ar aborda în mod rigid şi stîngaci bolnavul, neputînd stabili o legătură sufletească cu acesta.

Virtuţi care ţin de persoana medicului

Un model de sănătate. În faţa bolnavului, medicul trebuie să se prezinte cu o sănătate intactă. Cum ar putea oare aborda un bolnav, un medic suferind, marcat de o boală, de slăbiciuni fizice sau diferite simptome, mai mult ori mai puţin vizibile ? Ce speranţe poate insufla un astfel de medic bolnavului ?

Medicul trebuie să se prezinte totdeauna, ca un model de igienă, pe care — de altfel — o şi reprezintă.

Medicul trebuie *să inspire simpatie* sau să aibă pe cît posibil, un caracter agreabil. În camera bolnavului el trebuie să intre cu o *figură luminoasă,* cu un zîmbet, iar nu cu răceala unui matematician sau cu încruntarea unui veşnic nemulţumit.

Medicul trebuie *să fie lipsit de vicii,* cum sînt fumatul, alcoolismul, drogarea etc. Ar fi cu totul deplasat ca un medic să se prezinte în faţa bolnavului cu un tremur al mîinilor prin polinevrită etilică, cu o capacitate cerebrală scăzută sau cu o bronşită tabagică sîcîitoare. Cum l-ar mai putea convinge pe bolnav de a se lăsa de un viciu similar ?

Medicul practician trebuie să posede o *stabilitate emoţională,* să nu fie emotiv, deoarece pacienţii nu ar putea fi bine trataţi de un medic care şi-ar pierde cumpătul, în situaţii grele, şi ar începe să se lamenteze împreună cu familia, în loc de a lua decizii rapide, salvatoare, sau ar uita ce ar fi de făcut din cauza emoţiei. Medicul trebuie să suporte cu un sentiment egal atît succesul, cît şi insuccesul, prietenia ca şi inamiciţia celor din jur.

Curaj şi spirit de sacrificiu. Un medic temător şi fricos nu are ce căuta în practica medicală, unde de multe ori trebuie curaj, pentru a depăşi situaţii dificile şi a lua decizii rapide sau pentru a lupta cu adversităţile unei familii neînţelegătoare şi refractare la aplicarea unor tratamente de importanţă vitală. Alteori, medicul

Scanned with CamScanner

trebuie să știe să ia măsuri excepționale, pentru salvarea vieții bolnavului sau a colectivității. Despre acest curaj și eroism al medicilor se vor găsi cîteva exemple într-unul din capitolele următoare.

Sobrietate în atitudine și în ținută. Medicul trebuie să posede o sobrietate atît în comportamentul său, în manierele sale, cît și în îmbrăcămintea sa, care trebuie să fie simplă, curată și sobră. În preceptele sale, Hipocrate recomanda medicilor, între altele, ca : „unghiile lor să nu depășească vîrful degetelor, căci de acestea se servește medicul".

O ținută fantezistă poate sugera neseriozitate sau chiar indecență.

În definitiv, așa cum s-a spus, *le style c'est l'homme.*

Viață familială echilibrată. Medicul trebuie să aibă respect și dragoste de familia sa, ceea ce îi conferă o stabilitate psihică mai mare și respect din partea pacienților și concetățenilor săi.

Cultura generală. Medicul se impune și mai mult printr-o bună cultură generală, cunoștințe multilaterale, cunoașterea de limbi străine (vezi și cap. „Medicul om de cultură").

Am enumerat succint o serie de însușiri, condiții de pregătire și virtuți, pe care trebuie să le posede medicul — așa cum îl concepem ca un medic ideal — un medic al zilelor noastre.

S-ar putea obiecta că am enumerat prea multe condiții ? Ni se pare că nu. Sînt cele strict necesare.

Ce am mai putea pretinde încă ?

Dacă, într-adevăr, medicul posedă toate virtuțile expuse, atunci ar fi bine ca el să știe să le poarte cu demnitate și mai ales cu discreție, iar nu cu ostentație. Pentru că, altfel, s-ar expune unei ironii, ca aceea pe care i-a proferat-o Voltaire lui Carol al XII-lea : „el își purta virtuțile cu o astfel de exagerare, încît acestea apăreau mai rele decît însuși viciile contrare lor".

2.

Există o vocație pentru a deveni medic?

Înțeleasă în sens larg, vocația se definește ca o înclinație imperioasă, ca o atracție irezistibilă, pentru un anumit gen de activitate, pentru care persoana respectivă posedă un ansamblu de aptitudini și care se pot dezvolta treptat.

Scanned with CamScanner

Etimologic, termenul provine de la cuvîntul latin *vocatio* (chemare, înclinaţie către ceva), fiind înţeleasă de unii în sens restrîns, ca o predestinare, ca un determinant psihologic înnăscut. În realitate, conceptul de vocaţie, foarte vag sau chiar nedefinit în primii ani ai vieţii, se dezvoltă şi se precizează în timp, prin educaţie, prin cunoaşterea propriilor aptitudini, a propriei personalităţi a fiecărei fiinţe umane. Căci fără aptitudinile necesare, fără un ansamblu de însuşiri potrivite, această „chemare interioară" ar rămîne pur declarativă.

„Cunoaşte-te pe tine însuţi", ne învaţă de veacuri o veche maximă din filozofia lui Socrate, săpată pe frontonul templului de la Delphi.

Vocaţia poate fi deci înţeleasă, în mod concret, ca un inventar de calităţi predispozante pentru o anumită profesie, care trebuie dezvoltate, cultivate. Pornind de la realitatea acestor aptitudini, potrivite fiecărei profesiuni, toate aceste calităţi trebuie descoperite, prin teste adecvate, în vederea selecţionării şi orientării celor dotaţi spre anumite profesii.

Vocaţia de a fi medic

Vocaţia de a fi medic a fost mult discutată (12, 13, 14, 15). Unii o admit, alţii o neagă, alţii o acceptă cu un conţinut mai bine definit. Cu toţii acceptă, însă, ca o trăsătură comună, ca o condiţie etică prioritară la baza vocaţiei de medic, o deosebită dragoste de om, dorinţa de a-i menţine viaţa şi a-l ajuta pe cel în suferinţă, pînă la sacrificiul propriei persoane ! (12, 16).

Deci, pe plan moral, dragostea şi devotamentul pentru omul în suferinţă stau la baza vocaţiei în medicină.

În ceea ce priveşte celelalte calităţi, care concură la formarea unui medic complet, simpla lor enumerare ne conduce la un cumul de calităţi, de aptitudini, greu de reunit în mod practic de către o singură persoană. Astfel, un bun medic trebuie să posede un nivel adecvat de inteligenţă, cu predominanţa intuitivului asupra discursivului (12), spirit de observaţie, judecată rapidă şi clară,

12) * * * — Coordonatele afirmării şi realizării în profesie, *Muncitorul Sanitar*, 1972 (11 iulie).
13) ORAISON M. — Vocation, phénomène humain, Ed. D. Brouwer, Paris, 1970.
14) MURRAY D. — Fitness in medicine, *J. Amer. med. Ass.*, 1957, 163, 1 144.
15) RUDLER J. C. — La vocation chirurgicale, *Méd et Hyg., (Genève)*, 1971, 972, 1 173.
16) MILCOVEANU DANA — Vocaţia medicală în concepţia lui André Maurois, *Viaţa med.*, 1980, 27, 6, 285.

Scanned with CamScanner

memorie, dexteritate manuală, un echilibru al personalității (stabilitate emoțională, lipsa de vicii), curaj, spirit de sacrificiu, un simț de responsabilitate deosebit, pasiune pentru perfecționare continuă și pentru cultura generală, precum și alte atribute, asupra cărora ne referim într-un capitol special.

Desigur, însă, un astfel de cumul de calități este greu să fie întrunit de fiecare medic, dar fiecare medic ar trebui să posede cît mai multe din aceste însușiri și, în mod deosebit, un nivel ridicat de competență profesională și de deontologie medicală, la care trebuie adăugată, negreșit, și *pasiune pentru profesia medicală. „Il faut aimer son métier, pour le bien faire"* (13).

Vocație și opțiuni în cadrul profesiunii medicale

Adesea, vocația pentru medicină se evidențiază mai tîrziu, în cursul studiilor medicale, cînd se diferențiază, conturîndu-se predispoziții și preferințe pentru anumite specialități.

S-a discutat astfel despre *vocația chirurgicală,* ca aparținînd unor temperamente predestinate ; dar mulți maeștri ai chirurgiei nu recunosc acest lucru, debutînd adesea foarte nesigur și fără un astfel de temperament în chirurgie. Componentele acestui temperament ar fi : atracția instinctivă pentru actul operator, pasiunea de a-și asuma responsabilități imediate, o judecată rapidă și decisivă, peremptorie, pasiune pentru disecții impecabile, pentru anatomie, precum și preocupări de estetică (15), o calitate despre care în țara noastră Pius Brînzeu a scris o carte (17).

La aceste atribute, s-ar mai putea adăuga și atracția pentru acel rol principal, poate chiar teatral, și de mare responsabilitate, pe care îl deține chirurgul prin actul operator, dar pe care astăzi îl împarte cu o echipă : anestezist, reanimator, personal paramedical.

Cu privire la „temperamentul chirurgical", s-au făcut și unele remarci malițioase. Astfel, după psihologul Szondi, ar exista la chirurgi o componentă de agresivitate și plăcere crudă : un „sadism sublimat". Iar, după unii, „nu este atît de rar de a vedea excelenți chirurgi manifestînd mici semne discrete și, oarecum jenante, de veritabil sadism în relațiile lor. Unii își fac chiar o

17) BRÎNZEU PIUS — Educația estetică în chirurgie, Ed. didactică și pedagogică, București, 1966.

Scanned with CamScanner

adevărată plăcere de a tortura pe asistenţii lor şi pe surori" (18).

Există însă chirurgi care gîndesc altfel şi care resping chiar şi acea agresivitate verbală, prezentă adesea în cursul actului operator. „În sala de operaţie trebuie să existe şi o asepsie verbală" (P. Brînzeu).

Noţiunea de „vocaţie chirurgicală" a devenit astăzi mai fluă, mai puţin conturată ca altădată (15). Pe de altă parte, vocaţia singură nu ajunge. Ea trebuie cultivată, fructificată şi mai ales completată cu o pregătire amplă din care să nu lipsească :

— o formare clinică prealabilă : experienţă clinică, de diagnostic şi de terapie generală (chirurg clinician) ;

— activitatea de cercetare (fundamentală ori aplicativă).

Ar trebui, de asemenea, ca vocaţia chirurgicală să nu îndemne la o specializare prematură, înaintea unei bune pregătiri ca medic.

Trebuie surprinse şi demascate şi falsele vocaţii, iar cei în cauză să fie călăuziţi spre specialităţile care li se potrivesc. Rolul de îndrumător al profesorilor, conducători de laboratoare ori de clinici, este esenţial în această privinţă, în decelarea celui mai bun drum de urmat, pentru realizarea fiecărui medic într-o specialitate.

Rolul educaţiei, al conştiinţei, al convingerilor ideologice şi politice devin deseori determinante şi chiar decisive în descoperirea unei vocaţii pentru o anumită specialitate, precum şi în cultivarea acesteia în direcţia respectivă.

În acest cadru, s-ar situa *vocaţia pentru medicina generală*, cu care nu se naşte cineva, ca o predispoziţie irezistibilă, dar care — pe măsură ce este cunoscută prin practica cotidiană — *poate să devină o atracţie, o pasiune şi o convingere pentru acela care o practică*. Există medici generalişti pasionaţi de această specialitate, cea mai dificilă dintre specialităţi, precum există şi alţii care o practică fără convingere ori fără entuziasm.

Poate că nu întîmplător am ales, pentru discuţie, vocaţia pentru chirurgie şi cea pentru medicina generală. În diversele sondaje făcute printre studenţi, frecvenţa opţiunilor pentru aceste două specialităţi au diferit considerabil. Astfel, după o anchetă făcută printre studenţii Facultăţii de Medicină din Marsilia, 29% au optat pentru chirurgie (cei mai mulţi) şi numai 8% pentru medicina generală (19). Într-un sondaj făcut la Viena, numai 1% dintre studenţi au optat pentru medicina generală.

18) R. V. — La vocation : est-elle un déterminisme biologique bien compensé, ou un appel des autres ? *Presse méd.*, 1971, 79, 1 732.

19) DUREGARD H. — Vouloir être médecin, *Méd. de France*, 1973, 247, 53.

Scanned with CamScanner

Aceste diferenţe dau de gîndit, demonstrînd atracţia anumitor specialităţi şi necesitatea de măsuri pentru orientarea spre medicina generală.

Între vocaţia de practician şi aceea de cercetător

O altă problemă de lămurit, din punctul de vedere al vocaţiei, este aceea de a decela, în fiecare student în medicină, *care este genul de medicină pe care ar dori să-l practice,* şi pentru care are vocaţie. Există următoarele direcţii principale :

— a deveni medic clinician (practician) sau

— a deveni cercetător ştiinţific (sau cadru didactic).

Cu privire la această diferenţiere, există un consens aproape unanim, după care trebuie să existe *calităţi deosebite, o anumită vocaţie,* pentru fiecare din aceste genuri de activitate.

Astfel, cercetătorul ştiinţific trebuie să posede pasiune de cercetare, gîndire originală, imaginaţie, inventivitate, calităţi care nu pot fi descoperite prin concursuri, ci numai printr-o cunoaştere aprofundată, printr-o muncă comună şi prin randamentul pe care-l dă (12).

În ceea ce priveşte medicul clinician, acesta trebuie să posede o inteligenţă predominant intuitivă, spirit de observaţie, judecată clară, memorie bună, sensibilitate, stabilitate psihică, dexteritate manuală, o cultură generală bogată ş.a.m.d. Toate aceste calităţi şi însuşiri nu exclud preocupări şi pasiune pentru cercetarea ştiinţifică, însuşire tot atît de preţioasă pentru calitatea medicului clinician, fie că este practician de medicină generală ori profesor şef de clinică.

Criterii de selectare pentru studenţii în medicină

Una din marile probleme ale lumii contemporane este găsirea unor soluţii şi modalităţi adecvate pentru orientarea spre activităţi corespunzătoare capacităţilor psihofizice individuale, în aşa fel ca fiecare om să-şi poată realiza funcţia sa socială în deplină stare de sănătate fizică şi psihică (20). În funcţie de alegerea justă

20) BRÎNZEI PETRE — Alegerea profesiei şi echilibrul psihofizic, *Scînteia,* 1979 (1 aprilie).

Scanned with CamScanner

a viitoarei profesiuni, depinde atît randamentul și calitatea activității profesionale, cît și împlinirea desăvîrșită a personalității fiecăruia.

Omul potrivit la locul potrivit. În acest cadru, un deziderat extrem de important este acela al selectării adecvate a celor care vor să devină medici.

Cum s-ar putea realiza acest lucru ?

Următoarele atitudini sînt de luat în considerație :

a) Dacă admitem că, în prezent, este imposibil sau prematur ca, înainte de intrarea în facultate, să putem aprecia însușirile care vor face din studentul ales un viitor bun medic, în această situație, selecția este imposibilă.

b) Dacă, dimpotrivă, cunoaștem bine aptitudinile necesare devenirii unui bun medic și dispunem de metode pentru a le decela și cantifica, în acest caz, selecția s-ar face fără probleme.

În realitate, nicăieri în lume nu s-au descoperit pînă acum soluții practice optime pentru o astfel de selecție, recurgîndu-se în schimb la rezolvări parțiale, formule de compromis, cum ar fi testarea cantității de cunoștințe a candidaților, din cîteva discipline importante pentru viitoarea profesiune (memorizare, înmagazinare de cunoștințe).

Problema cunoașterii multilaterale a personalității, a decelării „vocației" și a selectării, în vederea orientării profesionale este una din cele mai pasionante. În acest scop, se fac cercetări continue și se încearcă diferite metode de către medici, psihologi, sociologi, psihiatri, ergonomi, economiști, dintre care vom cita cîteva :

— cercetări psihologice, pentru descoperirea de teste medico-psihologice utile, în vederea orientării profesionale ;

— folosirea de observații susținute ale activității elevilor pe baza unei fișe psihopedagogice ;

— încercări de definire a caracteristicelor necesare pentru a deveni un bun medic (însușiri psihofizice, intelectuale, calități morale, sociale, dexteritate manuală) ;

— elaborarea unei broșuri în care să se arate (21)(22) scopul medicinii, ce se așteaptă (orientativ) de la candidații în medicină, care va fi modul lor de pregătire în facultate, precum și alte informații utile pentru candidați ;

— orientarea pe baza opțiunilor spontane ale elevilor (prin întrebări sau fișe).

21) * * * — Choosing Medicine, *Lancet*, 1973, *II*, 248.

22) ANDERSON J. și colab. — Medical student selection : a tentative attempt to establish a code of practice, *Brit. med. J.*, 1980 (17 mai), 1 216.

Scanned with CamScanner

Toate aceste tentative sînt lăudabile şi de continuat, dar toate au menirea să evalueze calităţi imponderabile sau în devenire, dificil de apreciat şi de schematizat.

În concluzie, trebuie să recunoaştem că nu dispunem pînă acum de o metodă mulţumitoare pentru selecţia viitorilor medici, încît numai practica şi randamentul ulterior — din păcate tardive — pot să aducă precizările necesare.

Nu este însă exclus ca, în viitor, conducerile facultăţilor, împreună cu centrele şi cu laboratoarele de orientare profesională să rezolve prin cercetări susţinute şi această problemă a metodei de selectare a viitorilor studenţi în medicină.

3.

Tendinţe în formarea medicului în facultate

Problema formării medicului se discută de peste 2 000 de ani, de la Hipocrate încoace, şi probabil că va continua încă să se discute, pînă se va ajunge la o rezolvare deplin mulţumitoare. Discuţiile se concentrează în cadrul principalelor secţii de analiză a învăţămîntului medical, aşa cum au fost abordate şi în congresele internaţionale de învăţămînt medical :

A. Condiţiile pentru a intra în facultăţile de medicină.

B. Planurile de învăţămînt *(medical curriculum)*. Durată şi conţinut.

C. Tehnică şi metode în învăţămîntul medical (metodologie, pedagogie).

Opiniile şi recomandările, care se fac în acest scop, sînt interminabile. Astfel, la primul congres internaţional de învăţămînt medical (Londra, august, 1953), numai în secţia *B* s-au spus circa un sfert de milion de cuvinte ! Desigur, aceste multiple discuţii vizează o serie de perfecţionări necesare, precum şi adaptări continue ale învăţămîntului, în funcţie de dezvoltarea socio-economică, a ştiinţei şi culturii, văzute mai ales în perspectivă.

Sugestive, în acest scop, sînt tematicele primelor 4 congrese internaţionale de învăţămînt medical, care se ţin din 6 în 6 ani :

I. *Formarea medicală a studentului* (Londra, 1953).

II. *Medicina, studiu pentru toată viaţa* (Chicago, 1959).

III. *Învăţămîntul medical, factor al dezvoltării social-economice* (New Delhi, 1966).

Scanned with CamScanner

IV. *Formarea medicului de mîine* (Copenhaga, 1972).

Cu privire la *condiţiile de admitere în facultăţile de medicină*, noi ne referim într-un alt capitol („Există o vocaţie pentru a deveni medic" ?). Recunoscînd că anumite condiţii sînt însă necesare, iar unele chiar indispensabile, trebuie să reţinem totuşi următoarele :

— Nu dispunem încă de metode adecvate pentru a detecta, în mod obiectiv, aceste condiţii sau calităţi necesare, înainte de intrarea în facultate.

— Educatorii aşteaptă prea mult de la student, văzînd în fiecare din aceştia „studentul ideal" : foarte inteligent, foarte muncitor, foarte cult, bun cu semenii săi, integru, destoinic, manierat, cunoscător de mai multe limbi, bine făcut, sănătos, sportiv şi aşa mai departe şi aşa mai încolo. Trebuie să fim însă rezonabili şi să nu aşteptăm numai studenţi „model", ci indivizi variat dotaţi, inegali între ei şi pentru a căror formare şi împlinire trebuie să adoptăm metode pedagogice şi tactici diferenţiate.

Cu privire la planurile de învăţămînt

Cele mai multe critici şi discuţii se adresează *planurilor de învăţămînt* (curriculum) atît în privinţa duratei de studii, cît şi, mai ales, în privinţa conţinutului. Există aici 2 tendinţe, la fel de periculoase : a păstra mai mult timp un plan nemodificat sau a-l schimba prea des şi prea mult. De obicei, însă, planurile de învăţămînt se modifică foarte greu, generînd numeroase obiecţii din partea şefilor de disciplină. S-a spus chiar că „este mai uşor să muţi un cimitir, decît să schimbi un plan de învăţămînt".

Toate propunerile de schimbare făcute de specialişti (şefii disciplinelor) vizează extinderea predării disciplinei fiecăruia, fără a se ţine seama de durata anilor de studii (care după astfel de propuneri s-ar extinde în mod indefinit) sau cu speranţa fiecăruia ca extinderea să se facă prin reducerea predării altor specialităţi.

La aceste tendinţe, se poate răspunde astfel :

— Cea mai bună facultate nu poate oferi mai mult, ca formare medicală, decît ceea ce se poate cuprinde în cei şase ani uzuali de studiu, completaţi eventual cu încă 1—3 ani de perfecţionare.

— Motive importante socio-economice nu pot admite prelungirea duratei anilor de studii.

— În fine, ceea ce este mai important, şi se uită prea adesea de către mulţi critici, *în facultate se face numai învăţămîntul medical de bază*, cu un anumit conţinut de informaţie, mai ales educaţional, cu deprinderea unui sistem de gîndire şi a unor metode

Scanned with CamScanner

de lucru pentru a lucra mai departe, în timp ce „medicina este un studiu de o viață întreagă". S-ar putea spune că studiul medicinii nu se termină niciodată.

Nu trebuie să cerem deci de la învățămîntul medical de bază, de la facultate, mai mult decît poate da într-un anumit timp, limitat, de ani de studiu, iar ameliorările trebuie căutate și în perfecționarea metodologiei de predare și numai pentru durata de ani de studiu, fixată de cerințele obiective, socio-economice.

Cu toate dificultățile enumerate trebuie să recunoaștem că s-au obținut anumite progrese în modernizarea planurilor de învățămînt față de vechile planuri. Astfel, anatomiștii au admis că anatomia se poate face și în 3 semestre (în loc de 5 semestre în vechile planuri), disciplinele chirurgicale au recunoscut inutilitatea predării unor noțiuni și tehnici chirurgicale, cu detalii de tehnică (scurtînd astfel durata predării), diverse alte discipline de interes mai restrîns și-au mai redus repertoriul de noțiuni de predat, încît s-a putut face loc introducerii în plan a unor discipline importante ca :

a) biologie celulară, genetică, biomatematică, toate *în sectorul preclinic ;*

b) economie sanitară, sociologia medicinii, etică și deontologie, medicină socială, policlinică medicală, psihologie medicală, toate *în sectorul clinic.*

Cerințe primordiale în formarea medicului

Faptul că tema celui de-al 4-lea congres de învățămînt medical s-a intitulat *formarea medicului de mîine* arată că orice învățămînt actual trebuie predat în sensul formării unui medic, care să activeze cu succes în următoarele decenii, deci un învățămînt bazat pe previziuni, *pe studii de prognoză.* Noi formăm acum medicii care vor activa după 1990 și peste.

Apare deci indispensabil ca învățămîntul medical să se orienteze în funcție de perspectiva anilor care urmează. Învățămîntul universitar trebuie să învețe să se schimbe, iar planurile de învățămînt să devină mai flexibile, *în funcție de obiectivele bine stabilite ale acestui învățămînt și de factorii care determină aceste obiective.* Trebuie pornit de la cunoașterea acestor factori, care sînt numeroși, iar importanța lor variază în strînsă legătură cu condițiile geografice și cu cele social-economice, proprii fiecărei țări.

Elementul esențial, de la care trebuie pornit în analiza acestor factori, este reprezentat de *cerințele de asistență sanitară ale individului și ale societății.* O constatare unanimă este aceea că, în

Scanned with CamScanner

timp ce aceste cerinţe merg crescînd, într-un ritm paralel cu progresele ştiinţifice şi tehnice, satisfacerea lor este influenţată în mare *măsură de factorii social-economici* (structurile sociale, venitul naţional etc.), *precum şi de nevoile sanitare,* rezultate din *profilul morbidităţii specifice ale diferitelor ţări şi regiuni geografice.*

Astfel, deşi medicina este una, pregătirea în facultate a viitorului medic trebuie să difere în anumite privinţe, în conţinut şi metodă, în funcţie de profilul morbidităţii şi mortalităţii în diferite ţări şi continente. Există astfel un profil zis „evoluat" al ţărilor dezvoltate economic, unde cauzele de mortalitate sînt în ordine următoarele : boli cardiovasculare, tumori, accidente, boli respiratorii şi boli infecţioase. Există şi profilul „primar" al ţărilor în curs de dezvoltare, în care pe primul loc se situează bolile infecţioase, urmate de bolile respiratorii, bolile cardiovasculare, bolile digestive şi tumori. În aceste din urmă ţări (în care populaţia dominantă este cea rurală), pregătirea viitorilor medici trebuie adaptată nevoilor sanitare ale acestor populaţii şi în condiţiile mediului respectiv. În acest sens, s-a citat exemplul facultăţii de medicină din Ramathimodi din Bangkok (Thailanda), unde cadrele didactice şi studenţii lucrează întru-un cadru real, în mediul rural, analizînd şi rezolvînd problemele la faţa locului.

Pregătirea practică extraspitalicească

Această tendinţă a învăţămîntului medical de a cuprinde în instruirea studenţilor *medicina colectivităţilor şi a depăşi astfel zidurile spitalului,* este una din cele mai interesante şi a cărei necesitate este unanim recunoscută (23)(24)(25)(26). Spitalul pregăteşte studenţii pe baza unei cazuistici filtrate, a unei patologii selective şi rare, în timp ce alte boli curente, etapele iniţiale ale bolilor şi stările premorbide nu ajung să fie spitalizate, rămînînd necunoscute unei instruiri centrate pe spital. Pe de altă parte, pregătirea în spital concentrează preocupările tuturor spre starea de boală, în timp ce activitatea sanitară extraspitalicească, în dis-

23) STRAUSS M. — Medical education for to morow, *New Engl. J. Med.*, 1974, 291, 553.
24) DOGRAMACI I. — Les médecins de demain, *Service de l'information O.M.S.*, Sept. 1967.
25) CARMICHAEL L. — Teaching family medicine, *J. Amer. med. Ass.*, 1965, 191, 38.
26) VOICULESCU M., ILEA TH. — Pregătirea practică extraspitalicească în învăţămîntul medical universitar, *Viaţa med.*, 1971, 19, 807.

Scanned with CamScanner

pensare și policlinici, este orientată mai mult profilactic, punînd accentul pe *medicina de întreținere* (sanogeneză, medicina sănătății), detectarea stărilor premorbide, măsuri de prevenire a bolilor.

Despre importanța deosebită a pregătirii practice extraspitalicești în unitățile adecvate *ambulatorii* (dispensar policlinic, cabinet medical de circumscripție, cabinet medical de întreprindere, cabinetele medicale școlare, zone teritoriale etc.), ne-am referit într-un larg capitol publicat în 1971 (26). Ce poate să ofere acest învățămînt efectuat dincolo de zidurile spitalului ? Așa cum arătam în acel articol, următoarele :

— O imagine reală asupra stării de sănătate și morbiditate a populației, în contrast cu aceea selectată din spitale.

— Deprinderea cu metodologia diagnosticului precoce al bolilor.

— Explorarea mediului fizic, al celui social și al celui familial, acolo unde se nasc și se propagă bolile.

— Posibilitatea de a cunoaște practic conținutul social al medicinii și valoarea anchetelor sociale și medico-sociale. Așa cum spunea Parisot, „numai în aceste condiții de lucru, viitorul medic se va convinge de modul cum diagnosticul social clarifică și completează diagnosticul medical, iar tratamentul social ajută tratamentul medical".

— Deprinderea cu continuitatea supravegherii și asistenței medicale, precum și învățarea unei alte metodici de lucru, aceea care privește medicina sănătății (examene periodice, programe de supraveghere, metode de control a mediului fizic și social etc.), sînt alte motivări importante ale utilității pregătirii practice extraspitalicești.

Mai multă atenție pentru profilul medicului de medicină generală

O preocupare importantă a facultăților de medicină se consideră aceea de a ține seama că o proporție importantă dintre absolvenți vor deveni *medici de medicină generală*, pentru a asigura *asistența sanitară primară a populației (soins de santé primaires)* recunoscută pe plan mondial de toate țările (27).

În acest scop, profesorii șefi de clinică trebuie să cunoască mai bine profilul de activitate a medicului de medicină generală

27) * * * — La conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaires, *Chronique O.M.S.*, 1978, 11, 439.

Scanned with CamScanner

și metodica muncii sale, să acorde mai multă atenție pregătirii studenților în condiții de *asistență ambulatorie* și să construiască o imagine reală în fața studenților despre rolul și prestigiul acestui medic, considerat ca figura centrală a asistenței medicale și consilierul de sănătate și de boală al fiecărei persoane (28).

Trebuie să se țină seama că, în viitor, rolul medicului de medicină generală nu numai că se va menține, dar se va intensifica, atît pentru asistența medicală primară, cît și pentru păstrarea unității medicinii, a îngrijirii medicale de tip continuu și integrativ.

Orientări tot atît de importante

Toate consfătuirile internaționale de învățămînt medical au stăruit, în mod justificat, asupra următoarelor direcții orientative :

— formarea studenților pe baza progresului științific și tehnic, pentru obținerea unei competențe profesionale de cel mai înalt nivel științific și tehnic, care trebuie să meargă concomitent cu formarea umanistă a medicului, indispensabilă acestei profesiuni ;

— formarea adecvată și în deplină cunoaștere a rolului social și economic al medicului în dezvoltarea economico-socială, pentru practica socială (29) ;

— pregătirea pentru munca în echipă a viitorilor medici ;

— importanța pregătirii de bază, pentru orice viitor specialist ;

— creșterea funcției educative a învățămîntului universitar, pentru formarea unei concepții filozofice științifice despre lume și viață a viitorului medic.

Cu privire la tehnici și metode de învățămînt

Un deosebit accent se pune pe modernizarea metodelor de învățămînt, prin folosirea de filme, diapozitive, televiziune interioară și alte tehnici audiovizuale, precum și prin perfecționarea metodelor clasice : lecția ex cathedra, consultații, discuții în

28) VOICULESCU M. — Poziția actuală și perspectivele medicului de medicină generală, *Viața med.*, 1975, 9, 34.

29) TEOREANU I. — Afirmarea învățămîntului în strînsă legătură cu practica socială, *Era socialistă*, 1983, 3, 13.

Scanned with CamScanner

grup, conferințe clinico-patologice și mai ales prin pregătirea practică (travaliu individual, în laboratoare, la patul bolnavului, ca extern de spital).

Se cunoaște, de asemenea, importanța majoră a *studiului individual* ("self-education"), pentru care ar trebui să se rezerve mai mult din bugetul de timp al studentului.

Experimentarea în unele țări a *învățămîntului integrat,* înțelegînd prin aceasta predarea concomitentă a disciplinelor fundamentale și a celor clinice, a dat rezultate controversate (30), unele facultăți cu renume renunțînd la această reformă pedagogică (31).

În țara noastră se folosește, cu mult succes, *sistemul integrării* învățămîntului cu practica și cercetarea științifică, orientare de importanță fundamentală a întregului învățămînt.

Adaptarea la zi a învățămîntului medical, ca plan de învățămînt și metodică de predare, în funcție de cerințele progresului și de alți factori, nu se face totdeauna fără dificultăți și obstacole: spiritul conservator al facultăților (deși era „turnului de fildeș" a trecut), aspecte birocratice, dificultatea aplicării schimbărilor, tendința de obișnuință etc.

Orice modificări și reforme trebuie însă *evaluate prin metode obiective* (studii științifice) și nu numai prin statistica notelor, cît mai ales prin calitatea și capacitatea îngrijirilor medicale (ceea ce nu este atît de ușor de apreciat).

Dar, cu aceste orientări și metode nu se încheie formarea medicului, o continuă perfecționare fiind necesară. Astfel, în încheierea celui de-al doilea congres de învățămînt medical (Chicago, 1959), Furner a spus: „În zilele noastre obținerea unei diplome de medic nu este decît o primă etapă pentru tînărul medic, care optează fie pentru învățămînt, fie pentru o specialitate. Dacă vrea să redea cele mai bune servicii sanitare posibile concetățenilor săi, atît ca educator, cît și ca medic practician, el se vede în alternativa, de neînlăturat, *de a face din medicină un studiu de o viață întreagă, pentru a rămîne în ritm cu evoluția rapidă a cunoștințelor științifice*".

30) MELLIERE D. — Pour ou contre l'enseignement intégré? *Nouvelle Presse. méd.*, 1974, 3, 103.
31) VEYLON R. — Retour à la tradition à Harvard à Yale, *Nouvelle Presse méd.*, 1974, 3, 101.

Scanned with CamScanner

4.

Formarea clinică în medicina contemporană

În cele ce urmează, dorim să amintim cîteva din acele atribute ale medicului clinician, a căror valoare rămîne eternă, ca părți componente ale figurii medicului, de la originea sa. Aceste atribute umane nu pot fi supleate în progresele tehnice — oricît de imense ar fi acestea — și nici umbrite de prestigiul lor. Orice încercare de a minimaliza aceste atribute, pe cît de vechi, pe atît de fundamentale, ar expune la o medicină depersonalizată, la o abordare pur tehnică a pacienților, a căror examinare ar decurge ca pe o bandă automată de control în serie.

Pentru a face față complexității și particularităților ființei umane, menținerea acestor atribute clinice este indispensabilă. Ele trebuie cultivate în continuare și imprimate în formarea medicului modern.

Care sînt aceste atribute și de ce trebuie puse mereu în lumină ?

Prima abordare a bolnavului : cea clinică

Prima abordare a bolnavului trebuie să fie totdeauna cea clinică *(clinical approach)*, printr-o captare psihologică a bolnavului, o anamneză prelungită, un examen complet și minuțios al tuturor organelor. Pacientul *trebuie să simtă* că medicul este preocupat profund de rezolvarea problemei sănătății sale. Există un singur secret al succesului medicilor căutați de bolnavi : acela de a fi convinși că medicul se preocupă de ei.

De aceea și prima întrebare a medicului trebuie să privească suferința bolnavului : ce te supără ? ce te doare ? și să nu înceapă cu o conversație birocratică ori cu completări de formulare, cu întrebări tipizate sau chiar, eventual, cu acel sistem de a-i transmite bolnavului o fișă cu 1 000 de întrebări, la care acesta trebuie să răspundă singur, cum se va pricepe. În acest mod, medicul se depărtează de bolnav și ar putea să cedeze locul unui computer.

Astfel de tendințe se profilează însă tot mai mult. Studentul medicinist de astăzi deschide foaia de observație și citește rezultatele analizelor, uitînd bolnavul ca atare și complăcîndu-se în presupuneri, deduse din orice mică modificare a unui rezultat de laborator (uneori eronat). Sînt destui medici, care renunță la un

Scanned with CamScanner

examen aprofundat clinic, la găsirea unui fir călăuzitor spre diagnosticul plauzibil și, fără un plan de investigație bine orientat, cer cît mai multe analize („baterii de analize"), sperînd să „pescuiască" un diagnostic din rezultatul unora din ele. Tot astfel, și bolnavii cer și ei analize, cît mai multe analize, toate analizele posibile.

Astfel de atitudini sînt însă costisitoare și păgubitoare pentru economia medicală, iar științific sînt condamnabile. După cum spuneam într-o lucrare recentă (32), adevăratul clinician caută să obțină maximum de informare cu minimum de analize, ori cu un plan de analize eșalonate, din care diagnosticul poate să rezulte chiar de la prima „salvă" de analize cerute.

Așa cum se exprima F. Stenn, „rezultatul unei rele tehnicizări este de a considera fiecare bolnav, cu un rezultat negativ radiologic și cu date normale de laborator, ca un psihonevrotic. Astfel s-a întîmplat ca să fie puși psihoanalizei bolnavi care sufereau de cancer de stomac". Recent, am văzut o bolnavă etichetată cu „nevroză rurală" (la două spitalizări) și care a sucombat brusc, cu un tablou de șoc endotoxinic. La necropsie : numeroase abcese renale cu *E. coli*. Pînă atunci, urocultura fusese negativă !

De aceea, așa cum spunea același F. Stenn : „dacă nu puteți stabili diagnosticul, întoarceți-vă înapoi la patul bolnavului, așezați-vă lîngă pacient și observați atent simptomele și semnele : o oră, o zi sau — dacă este nevoie — o întreagă săptămînă" !

Un simț de observație deosebit

Medicul clinician trebuie să posede un simț de observație ascuțit și să folosească la maximum toate simțurile sale. „Micile semne pun marile diagnostice" spunea Nanu-Muscel, un mare clinician român.

În unele privințe, ni se pare potrivit să comparăm pe medic, în activitatea sa de clinician, cu un adevărat detectiv. Poate că nu este întîmplător faptul că un medic scriitor, Conan Doyle, a creat romanul detectiv și că eroul său Sherlock Holmes i-a fost inspirat de unul din profesorii săi de la Facultatea din Edinburgh, John Bell, posesor al unui spirit de observație excepțional și al unei judecăți deductive deosebite.

32) VOICULESCU M. — Raționalizarea analizelor de laborator, *Viața med.*, 1977, 3.

Scanned with CamScanner

Multă experiență clinică !

Un medic pentru a fi bun clinician, trebuie să fi văzut și examinat mulți bolnavi și să fi meditat asupra lor. Astfel, se dobîndește acel *simț clinic,* care este mai puțin o vocație și mai mult o mare experiență. „Principalii învățători ai medicului sînt pacienții săi", afirma marele clinician Osler. Și tot el spunea următoarele despre rolul instructiv al cazuisticii clinice : *„Each case has its lesson, a lesson which may be, but is not always learned"* (fiecare caz are lecția sa, o lecție care poate fi învățată, deși nu se face totdeauna).

Medicul care nu trăiește zilnic în mijlocul bolnavilor, al problemelor clinice, își pierde antrenamentul, așa cum un pianist și-ar întreține digitația zilnic. Nu se poate să fii clinician fără o legătură permanentă cu bolnavii, cu problematica lor : clinica te obligă la o dăruire totală !

Modestie și prudență

Clinica ne învață, cel mai mult, să nu fim înfumurați cu pregătirea și experiența noastră, totdeauna mai redusă decît ne-ar trebui ! Încă din antichitate, Hipocrate spusese (despre medicină) : „viața este scurtă și arta lungă ; ocazia este fugitivă și judecata dificilă". Iar marele medic arab, Rhadez (850—923 e.n.) spunea : „medicina este ușoară numai pentru neisprăviți ; medicii noștri descoperă totdeauna dificultăți".

Adevăratul clinician este totdeauna prudent în tot ceea ce face. El păstrează de regulă, un dubiu, o rezervă, și *totdeauna o neliniște,* pentru diagnostic și prognostic, în timp ce, pentru bolnav, este optimist și ia hotărîri adecvate.

Medicii cei mai siguri de ei, cei înfumurați, sînt aceia care greșesc cel mai mult — și de aceia să ne fie teamă !

Recunoașterea și analiza erorilor de diagnostic

Trebuie să ne recunoaștem și, mai ales, să ne analizăm greșelile de diagnostic. Cine le recunoaște, progresează ; cine nu, rămîne plafonat, limitat. Spunea tot marele clinician Osler : „Insuccesele de diagnostic sînt pentru a ne aminti slăbiciunile noastre. Ele ne învață să cunoaștem totodată slăbiciunile medicinii, dar mai ales pe cele proprii".

De aceea, considerăm de o mare valoare instructivă și educativă acele ședințe săptămînale de analiză a cazurilor problemă,

Scanned with CamScanner

dificile, şi a erorilor de diagnostic, analizate de întregul for de medici ai serviciului, cu toţi specialiştii de laborator alături. Numai cei care au curajul să recunoască şi să analizeze erorile de diagnostic şi terapeutică pot progresa şi se situează pe un plan etic superior. Hamburger a avut curajul să analizeze şi să publice rezultatele secţiei sale de terapie intensivă prin ceea ce a făcut bine, dar şi prin ceea ce nu a făcut bine, a greşit sau putea face şi mai bine (33). Noi înşine am făcut o asemenea analiză a serviciului nostru de terapie intensivă (34).

Dincolo de aceste preocupări, se situează tagma acelor „clinicieni", care cred că nu greşesc niciodată, care-şi camuflează erorile şi găsesc explicaţii în altă parte, ori fac pledoarii *pro domo*. Ei sînt lipsiţi de modestie şi de prudenţă, aceste atribute esenţiale ale clinicianului. Aşa cum spunea J. Gosset, „dubiul critic, scepticismul prudent sînt calităţi majore ale bunului clinician (35).

Între experienţă şi lectură

Experienţa singură nu este suficientă. Medicul clinician trebuie să citească mult şi zilnic. Osler, ca şi un alt mare clinician, Mironescu, citeau enorm. La începutul acestui secol, Osler putea să afirme că „un medic care citeşte puţin, nu poate fi un medic bun". Dar acum, în ritmul actual de documentare a cunoştinţelor de medicină (se apreciază că aceasta se dublează la fiecare 5 sau 7 ani), fără o lectură susţinută, fără un sistem de documentare organizat, medicul este expus să rămînă cu ani de zile în urmă, sau poate chiar cu „ani-lumină" !

Este necesar să se păstreze un anumit echilibru între pregătirea livrească şi experienţa clinică. Nu trebuie uitat, aşa cum spunea Corvisart, că „pacienţii — aceştia sînt cărţile noastre. Citiţi-le, însă le veţi găsi mai dificile decît cele tipărite".

De aceea, un echilibru trebuie respectat între lectură şi practică, în spiritul acelei înţelepte recomandări a lui Goethe şi pe care noi am citat-o în prefaţa tratatului de boli infecţioase :

„Ein Blick in's Buch und zwei in's Leben
Das wird die rechte Form dem Geiste geben".

33) HAMBURGER J. — La médecine, demain, *Médecine de France*, 1968, 191, 14.
34) VOICULESCU M. şi colab. — Organizarea unui serviciu de terapie intensivă într-un spital de boli infecţioase, *Viaţa med.*, 1971, 18, 819.
35) GOSSET J. — La formation de l'esprit clinique, *Médecine de France*, 1971, 9.

Scanned with CamScanner

Modele şi şcoli medicale

Clinicienii se formează în mai mulţi ani de ucenicie, în umbra şi lumina unor mari clinicieni, conducători de şcoli medicale, lucrînd cu pasiune, curiozitate, perseverenţă şi fructificînd bine timpul, trăind intens pentru pregătirea lor.

Pentru aceasta, să ne orientăm şi să ne formăm după anumite modele, după marii conducători de şcoli medicale, pe lîngă care am lucrat. Căci, aşa cum s-a spus : „sîntem mai mult de jumătate din ceea ce sîntem, prin imitaţie. Lucrul important este de a alege modelele bune şi a le studia cu grijă“ (Chesterfield). De aceea, măreţia unor şefi de şcoală, a unor şcoli medicale se măsoară mai ales după numărul şi calitatea elevilor formaţi.

Un simţ de responsabilitate deosebit

Adevăratul clinician se formează şi intră în profesiune cu un înalt simţ de responsabilitate : profesională, morală şi socială. El va recunoaşte că toată viaţa sa profesională se desfăşoară continuu într-o atmosferă de mari răspunderi, şi despre care medicul scriitor Veresaev obişnuia să spună : „grozavă profesiune este şi medicina, în ea te împiedici la fiecare pas de viaţa unui om“.

Pentru a face faţă măreţelor sale sarcini profesionale, morale şi sociale, medicul îşi asumă numeroase răspunderi. Una din cele mai importante este responsabilitatea ce îi revine pentru perfecţionarea sa profesională continuă. Căci numai „bunătatea şi mila nu compensează ignoranţa“ (J. Bernard), cu atît mai mult, cu cît medicina modernă a făcut să se strîngă în mîna medicului „tot mai multe şi înfricoşătoare responsabilităţi“ (André Maurois).

Psihologie şi dragoste de om

Nu se poate concepe un bun medic clinician, fără o bună cunoaştere a psihologiei medicale, a psihologiei omului bolnav şi sănătos (36). O completă cunoaştere a bolnavului nu este realizată fără o abordare psihologică a acestuia, fără o anamneză psihologică, efectuată cu mult tact, blîndeţe şi înţelegere umană.

Tot astfel, nu se poate concepe un clinician fără atributul bunătăţii, al omeniei. Cu o atitudine plină de omenie el vindecă

36) VOICULESCU M. — Rolul psihologiei în formarea medicului, *Viaţa med.*, 1966, 23, 1 585.

Scanned with CamScanner

O afectare a psihicului bolnavului poate să rezulte din impresia sa că el ar fi un obiect de analiză, pe banda rulantă a mașinăriei moderne de diagnostic, așteptînd pronunțarea diagnozei și sentința terapeutică ca pe o adevărată sentință. O atitudine pe care pacientul nu o poate ierta niciodată medicului este acea formă rafinată de „cruzime psihică" din partea acestuia, caracterizată printr-o atitudine rece, rezervată și taciturnă.

Clinicianul englez Asher, într-un articol *"The seven sins of medicine"* (40) vorbea despre „cruzimea mentală" a medicului față de pacient, care se poate realiza în 3 moduri : vorbind prea mult, vorbind prea puțin sau uitînd pacientul de tot. La fel de grav, este faptul de a vorbi în fața bolnavului șoptit, *sotto voce.*

Numai printr-o bună cunoaștere a psihologiei bolnavului, la diferite vîrste, se pot preveni acele boli iatrogene, prin suferințe psihice determinate de comportarea medicului, de manoperele medicale sau de șederea prelungită în spital ("hospitalism") (41)(42). În sindromul de „hospitalism", cunoscut mai ales în pediatrie, se cuprind, pe lîngă alte efecte negative ale șederii prelungite în spital (infecții interioare etc.) și aspectele iatrogene de modificare a psihicului copilului, putînd rezulta ceea ce pediatrul englez Illingworth denumea : „cicatricele psihologice ale șederii prelungite în spital a copiilor".

În acțiunea atît de prețuită și mereu actuală a umanizării spitalelor, psihologia medicală poate aduce o contribuție substanțială, printr-o mai bună înțelegere a nevoilor bolnavilor, menajarea psihicului lor și printr-o perfecționare a adaptării funcționale a instituțiilor sanitare pentru confortul integral, fizic și psihic, al bolnavilor.

Pe același plan al cunoașterii și menajării psihicului bolnavilor, spitalele trebuie să se depărteze cît mai mult de vechea lor imagine, perimată și respingătoare, de „cetăți medievale" și să devină cît mai primitoare și atrăgătoare, prin construcția și funcționalitatea lor. Ele trebuie să se deschidă cît mai mult familiilor și rudelor bolnavilor, pentru ca acestea să fie informate, iar bolnavii să nu mai resimtă acea neplăcută stare de izolare. În mod just, s-a spus că „buna reputație a unui spital depinde de cooperarea cu familia și prietenii bolnavului, tot atît de mult cît și de îngrijirile medicale propriu-zise". În același sens, amintim o gîndire cu profundă sem-

40) ASHER E. — The seven sins of medicine, *Lancet*, 1949, 2, 359.
41) NICOLAU I., ESKENAZY STELA — Sindromul de spitalizare la copil, *Pediatria (Buc.)*, 1962, 4, 341.
42) NICOLAU I., ESKENAZY STELA — Rolul psihologului în îngrijirea copilului bolnav, *Pediatria (Buc.)*, 1960, 4, 379.

Scanned with CamScanner

nificaţie umană, venită din partea istoricului grec din antichitate, Tucidide : „oraşele sînt făcute din oameni nu din ziduri". Cu atît mai mult spitalele, ca unităţi aparţinînd celei mai umanitare dintre profesiuni — medicina.

Cunoaşterea psihologiei medicale mai permite şi o perspectivă largă asupra înţelegerii bolnavilor, mai ales în condiţiile fărîmiţării medicinii în multiplele ei specialităţi, cu toate aspectele negative ce rezultă din examinarea şi considerarea parcelară a bolnavului. Căci, după cum cunoaştem, specialiştii privesc adesea bolnavul numai prin prisma specialităţii lor, cu examinarea organului respectiv. Dar pe omul întreg, cu psihicul său, cine îl diagnostichează, îl îngrijeşte şi îl înţelege ? Numai un medic „de sinteză", un internist cu profil larg, medicul de familie, şi care totodată trebuie să fie un bun cunoscător al psihologiei medicale, poate realiza acest lucru.

În cadrul medicinii contemporane, prea mult divizată în specialităţi, psihologia medicală — prin conţinutul şi metodele ei — poate contribui la o comprehensiune integrală a bolnavului, la o cunoaştere mai aprofundată a acestuia şi, mai ales, la individualizarea suferinţelor sale. Calitatea de psiholog trebuie să completeze pregătirea fiecărui specialist şi nu numai a internistului cu profil larg şi a medicului generalist (2).

Nu ar fi deloc exagerat ca examenul psihologic al bolnavului să se efectueze cu aceeaşi frecvenţă cu care se prescriu şi se fac şi alte examene : examenul sîngelui, examenul radiologic. Printr-o bună consultare psihologică şi o psihoterapie adecvată, se pot rezolva cu succes suferinţe ale bolnavului, evitîndu-se astfel o terapeutică medicamentoasă inutilă sau chiar polipragmazia.

Recunoaşterea rolului factorilor psihologici în terapie rezultă şi din efectul *placebo* pe care îl exercită, prin intermediul psihicului, unele medicamente banale şi chiar substanţe inerte, în cursul unui experiment terapeutic controlat. În practică, adevăratul medic clinician, care este şi psiholog, va şti să utilizeze cu succes şi această resursă a terapiei, alături de celelalte posibilităţi ale psihoterapiei.

Încercări şi realizări

Cercetătorii trecutului medicinii vor putea să afirme că importanţa psihologiei a fost recunoscută încă din textele hipocratice şi că medicina contemporană nu poate avea pretenţia de a fi descoperit psihologia ca pe o necesitate în formarea medicului. De asemenea, alţii pot afirma că adevăraţii medici clinicieni au

Scanned with CamScanner

folosit totdeauna psihologia în activitatea lor, chiar fără să fie conștienți de acest lucru, așa cum Jourdain, eroul lui Molière, făcea proză fără să știe.

Dînd locul cuvenit acestor reminiscențe și recunoașteri istorice, trebuie să admitem însă că, în opera complicată și dificilă a formării medicului modern, trebuie intervenit cu energie pentru ca psihologia să-și ocupe locul meritat în formarea medicului de azi și de mîine. Față de avansurile tehnicismului medical și de solicitările altor discipline de a ocupa poziții în acel disputat *curriculum* medical, prin care se formează medicul în facultățile de medicină actuale, trebuie depusă o adevărată luptă pentru pregătirea medicului ca psiholog, pentru dobîndirea unei culturi umaniste, pentru ca să nu formăm doar un medic robot sau un simplu tehnician de organe.

Pregătirea în psihologie a medicului trebuie obținută încă din facultate și nu lăsată în voia întîmplării, pentru a fi obținută — așa cum au propus unii — printr-o experiență pe bolnavi în 10—15 ani de practică!

Specialiștii în planurile de învățămînt medical universitar pot obiecta că introducerea psihologiei medicale ar încărca cu încă o disciplină acest *curriculum*, și așa atît de încărcat, al învățămîntului medical. Așa cum Tusques a propus la al VIII-lea Colocviu de psihologie medicală (Genova, 1965), o soluție rezonabilă ar fi aceea de a se integra 10 lecții (20 de ore) de psihologie medicală, în cadrul unei clinici medicale, care să se încheie cu un colocviu, sub forma unei discuții libere cu studentul, evitîndu-se astfel aspectul de examen (43).

Cîteva exemple de teme:

— Psihologia generală și medicală în studiul unitar al omului.
— Psihologia bolnavilor în unitatea de terapie intensivă.
— Psihologia convalescenței.
— Psihologia bolnavilor cronici.
— Psihologia senescenței.
— Psihologia medicală și umanizarea spitalelor etc.

Este recomandabil (și prudent) ca predarea învățămîntului de psihologie în facultățile de medicină să fie încredințată unui medic, cu pregătire complementară de psihologie, *și nu unui psiholog*, care nu este medic. Se va evita astfel ca predarea psihologiei să devină un studiu arid și teoretizat, urmărindu-se să fie fundamentat pe aspecte aplicative de medicină clinică. În afară de acest curs, cu orientare practică, aplicativă, este recomandabil ca fiecare profesor

43) * * * — Al VIII-lea Colocviu internațional de psihologie medicală, Genova, Italia, 23—26.IX.1965.

Scanned with CamScanner

de clinică să predea studenţilor şi aspectele psihologice ale îngrijirii bolnavilor din specialitatea respectivă, subliniind acea componentă psihologică, prezentă în domeniul fiecărei suferinţe umane, aparţinînd fiecărei specialităţi medicale.

În prezent, există în facultăţile de medicină din mai multe ţări (Franţa, Italia, Mexic, S.U.A., R.F.G.) discipline de psihologie medicală (44). La Facultatea de medicină din Paris, disciplina de psihologie medicală a fost inaugurată în 1965 (45).

În ţara noastră, începînd cu anul de învăţămînt 1966—1967, psihologia medicală s-a predat sub forma a 10 ore în cadrul catedrei de psihiatrie. Un curs de psihologie medicală a copilului a fost predat cu ani în urmă, în cadrul Facultăţii de pediatrie. În prezent, psihologia se predă sub forma unui curs liber de psihologie medicală pentru studenţi. La Facultatea de specializare şi perfecţionare, şi-ar găsi bine locul, în cadrul fiecărui curs, al fiecărei programe de specializare şi perfecţionare, unele lecţii de psihologie medicală.

Prin cele expuse mai sus, am încercat să subliniem importanţa psihologiei medicale şi contribuţia preţioasă pe care poate s-o aducă această disciplină profund umană, la formarea umanistă a medicului, la o mai bună integrare a acestuia în etica medicală, la o mai profundă apreciere şi înţelegere pentru om, în spiritul acelei maxime a lui Terenţiu : „Om sînt şi nimic din ceea ce este uman nu-mi este străin".

Psihologia medicală se înscrie cu tărie în ilustrarea medicinii, drept cea mai umană dintre profesiuni.

6.

Medicul—om de cultură

Admiţînd că actul medical comportă nu numai calităţi tehnice, ci şi de altă natură (morale, psihologice, caracteriale, sociale), cu un cuvînt mai larg *umane*, vom înţelege mai bine de ce cultura generală este atît de importantă pentru profesiunea de medic. O experienţă de veacuri a demonstrat că medicina cere medicului o cunoaştere cît mai largă a omului, cît mai multe cunoştinţe despre om, atît de multe, încît al doilea congres internaţional de învăţămînt medical (Chicago, 1959) a ajuns la concluzia

44) ROSEMEIER P. H. — Lehre in der Medizinischen Psychologie, *Münch. Med. Wschr.*, 1981, 123, 369.

45) PICHOT P. — La psychologie médicale (leçon inaugurale), *Médecine de France*, 1965, 3, 163.

Scanned with CamScanner

că medicina este un *studiu de o viață întreagă.* Poate că și vechiul dicton al lui Terențiu ar putea fi reformulat astfel : *medicus sum et nihil humani alienum puto* (sînt medic și nimic din ceea ce privește omul nu consider să fie străin pentru mine).

Conținutul acestei maxime, în care numai primul cuvînt *homo* a fost înlocuit cu cel de *medicus,* este plin de semnificații profund umane pentru gîndirea și practica medicală. Mulți medici de renume, începînd cu Hipocrate, au simțit această necesitate și au exprimat-o în formulări nete, lapidare.

Iată ce spunea clinicianul anglosaxon W. Osler :

„În nici o profesiune nu contează atît de mult cultura ca în medicină și nimeni nu are nevoie mai mult de aceasta decît practicianul și medicul de medicină generală, muncind printre tot felul de condiții și oameni, dintre care mulți sînt influențați mai mult de capacitatea și priceperea lui generală, pe care ei pot s-o aprecieze, decît de învățătura lui, pentru care ei nu dispun de o măsură".

Iar cardiologul mexican Ignacio Chavez, în lucrarea sa *„Umbrele și luminile specializării"*, recurge la termeni și mai energici :

„Nu există o mai mare infirmitate spirituală decît lipsa de cultură umanistică la un medic. Medicul lipsit de cultură umanistică poate fi, în profesiunea sa, un tehnician de înaltă clasă, un reprezentant eminent al disciplinei sale, dar — în afară de aceasta — el nu este decît un sălbatec, un barbar, care are dificultăți de a înțelege natura și ansamblul valorilor morale ale acestei lumi".

Nici nu se putea o critică mai aspră a tehnicismului și a lipsei de cultură în medicină, această profesiune pe care părintele medicinei, Hipocrate, o denumea „cea mai nobilă dintre arte". Și tot el spunea în „preceptele" sale : „medicul-filozof este egalul zeilor".

În țara noastră, unde construim o civilizație materială și spirituală de tip superior, însușirea valorilor culturii constituie o cerință de prim ordin pentru fiecare cetățean, *și cu atît mai mult pentru medic,* dacă ținem seama de experiența seculară a medicului și de structura complexă a activității medicului.

Privită în acest context, cultura în țara noastră a jucat un rol deosebit în formarea medicilor, iar la rîndul lor aceștia au contribuit în mod substanțial la dezvoltarea culturii și a civilizației românești, domeniu în care s-au adus numeroase dovezi și exemple (46)(47).

46) Medicii în cultura românească, un volum de 342 pagini. Tema celei de-a II-a reuniuni științifice de istoria medicinii (U.S.S.M.), București, 27—28 aprilie 1973.

47) BRĂTESCU G. — Medicii în cadrul civilizației românești, *Muncitorul Sanitar,* 24 aprilie 1973.

Scanned with CamScanner

În acest sens, poate fi consultat cu folos volumul (de 342 pagini) al celei de-a II-a reuniuni ştiinţifice de istoria medicinii, cu tema : *„Medicii şi cultura românească"*. În raportul introductiv, preşedintele Societăţii de Istoria Medicinii, prof. Benone Duţescu, se exprima astfel :

„Definind cultura în sensul ei cel mai larg, ca ansamblul valorilor materiale şi spirituale — create de societatea omenească de-a lungul istoriei sale — medicina, ca activitate socială, îşi circumscrie opera în noţiunea de cultură. Medicina a fost şi rămîne un factor important de cultură materială şi spirituală, prin funcţia ei socială nemijlocită, de a cunoaşte, crea, stăpîni şi promova, tot ceea ce poate contribui la conservarea şi restabilirea sănătăţii omului" (46).

Ceea ce cultura conferă profesiunii medicale

Cultura, în sens larg, cultura generală, nu este un scop în sine şi, desigur, nici nu poate fi acceptată ca o satisfacţie egoistă. Însuşirea culturii are o finalitate socială, iar în profesiunea medicală conferă medicului calităţi de mare importanţă pentru activitatea sa.

În primul rînd, o cultură multilaterală, de larg orizont — cu conţinut de psihologie, sociologie, economie, ştiinţe juridice, artă, literatură — permite medicului o înţelegere mai profundă a omului, ca fiinţă normală şi ca pacient. Pentru a preveni şi a vindeca, medicul trebuie să cunoască cel mai bine şi să descifreze tainele acestui univers complex, care este *personalitatea umană*, cu aspectele sale normale şi patologice, cu „stările la limită", cu „psihopatiile marginale", cu varietatea tipurilor umane şi cu tot ceea ce o poate influenţa în bine sau în rău (48).

Cultura umanistică nu trebuie să o concepem, mai ales pentru medic, nici ca un lux, nici ca un rafinament spiritual, ci ca o necesitate majoră. S-a spus că „ştiinţa ne face mai puternici, dar nu şi mai buni".

De aceea, medicul nu poate să rămînă numai un tehnician, închis în tehnicismul său, „un inginer de organe", ci un om care ajută alt om, în calitate de medic, dar şi ca un bun psiholog.

Marele estetician, literat şi gînditor, care a fost Tudor Vianu se exprima astfel despre această calitate a medicilor, în prefaţa unei cărţi :

48) GORGOS C. — Dimensiunile umane şi medicale ale personalităţii, Ed. medicală, Bucureşti, 1983.

Scanned with CamScanner

„Din toate observaţiile adunate, m-am putut convinge că dacă bolnavii acordă preţuirea lor medicilor învăţaţi şi abili, stima şi încrederea lor se îndreaptă mai ales către medicii cu fineţe psihologică şi sensibilitate umană“ (49).

Într-o epocă, în care progresul tehnic — în general — şi cel al tehnicii medicale — în special — au atins culmi incredibile, aducînd contribuţii imense posibilităţilor preventive şi terapeutice ale medicinii actuale, este necesar cu atît mai mult, ca formarea umanistă a medicului, ca om de cultură, ca psiholog şi sociolog, să nu rămînă în umbră. Unii autori, mai ales în Occident, şi-au exprimat îngrijorarea faţă de o anumită alunecare spre tehnicism în medicină, în ultima vreme, cu formarea pur tehnică a medicului şi uitarea bolnavului ca om. Acest risc de *„dezumanizare“* a medicinii moderne, al depersonalizării îngrijirii medicale, s-a făcut simţit în practica medicală din ţările capitaliste, ca unul dintre aspectele negative ale concepţiei despre asistenţa medicală din aceste ţări.

Pentru a păstra un just echilibru între gîndirea clinică şi tehnicitate în medicină, se consideră că formarea umanistă a medicului, însuşirea unei gîndiri cu larg orizont, constituie corectivul cel mai util. Un medic lipsit de cultură ar apare în faţa bolnavului ca un tehnician rece şi impersonal, ca un computer, care răspunde sec numai cu da sau nu. În medicină, numai ştiinţa şi tehnica nu pot face singure un medic bun (50). Pacientul vede în medic un intelectual complet, cu calităţi tehnice şi umane egale, un om de ştiinţă şi practician în acelaşi timp. El aşteaptă din partea medicului liniştire, încredere, devotament şi împlinirea speranţelor sale, cu privire la sănătatea sa şi nu numai cifrele reci ale rezultatelor de laborator.

Medicul cu o largă cultură posedă şi avantajul de a reuşi să facă cea mai bună educaţie sanitară, pe înţelesul tuturor şi al nivelului înalt cerut, să mărească astfel cultura sanitară a populaţiei.

Aşa cum arăt în alt capitol („Medicii scriitori şi rolul lor social“), numeroşi medici care posedă arta scrisului, medicii-scriitori, sînt aceia care au dezvoltat şi o amplă operă de educaţie sanitară şi de activitate socială, pe lîngă creaţiile lor literare, dintre care cele mai multe de mare valoare.

49) VOICULESCU M., ANGELESCU M. — Medici scriitori — scriitori medici, Ed. medicală, Bucureşti, 1964.

50) VOICULESCU M. — Raportul dintre gîndirea medicală şi tehnica medicală. În vol.: Filozofie şi medicină (sub redacţie), Florin Georgescu, Ed. medicală, Bucureşti, 1980.

Scanned with CamScanner

În acest sens, medicii cu o înaltă cultură, sînt aceia care au realizat mari opere umanitare și au adus contribuții la dezvoltarea civilizației, dintre care amintim cîțiva : Albert Schweitzer, Livingstone, N. Bethune, V. Heiser, V. Babeș, Ion Cantacuzino și mulți alții.

Posesiunea de către medic a unui vast orizont cultural, îi permite acestuia de a realiza, cu o mai mare strălucire, o „școală medicală" în jurul său. Un astfel de exemplu este acela al profesorului Ion Cantacuzino, savant microbiolog, dar totodată un om de cultură universală, militant social, iubitor de artă, o personalitate complexă și multilaterală, care a format în jurul său cunoscuta școală de microbiologie de la Institutul Cantacuzino.

„Umanist, iubitor de frumos, de artă și de muzică, animator de publicații științifice, dar și codirector la revista „Viața Românească", Ion Cantacuzino a fost o sinteză a spiritualității românești, capabil să-și apropie toate întruchipările geniului uman, a fost un savant, care a unit personalitatea sa cu tendințele înnoitoare ale științei și artei. A exprimat cu îndrăzneală idei, prin care și-a depășit timpul". Astfel îl caracterizează în încheierea unui frumos studiu, despre Ion Cantacuzino, scriitorul Valeriu Rîpeanu (51).

În același timp, ne amintim cu veneratie de numele și opera a trei mari anatomiști ai țării noastre: Fr. I. Rainer, Gr. T. Popa și Victor Papilian, care au fost totodată oameni de o largă cultură, mari umaniști și creatori ai unor renumite școli în jurul lor.

Medici creatori de valori culturale

Legătura dintre medicină și cultură poate fi privită și din alt punct de vedere, al intercondiționării dintre aceste domenii, și anume al contribuției acestor medici — creatori de valori culturale, la cultura universală și la cea a țării lor.

Așa cum arătam în altă parte, profesiunea medicală a dat literaturii un mare număr de scriitori de seamă, aparținînd diferitelor țări, a căror enumerare, de la Rabelais și pînă la cei mai recenți (A. Cronin, W. Maugham etc.), nu este cazul să o repetăm aici. Numele și contribuția lor au fost prezentate de noi într-o carte apărută în anul 1964 (49).

Despre medicii, care au creat valori culturale în țara noastră, s-a scris adesea și cel puțin două reuniuni științifice ale Societății

51) RÎPEANU V. — Un om de cultură universală : Doctorul Cantacuzino. *Secolul XX*, 1963, 12, 144.

Scanned with CamScanner

de Istoria Medicinei în ultimii ani au fost consacrate lor şi anume: *„Medicii în cultura românească"* (27—28 aprilie, 1973) şi *„Iluminismul medical românesc"* (29—30 iunie, 1981).

Printre primii medici, *cu activitate socială şi culturală* în ţara noastră trebuie amintiţi, în Transilvania: Ioan Molnar Piuariu (care a participat la redactarea memoriului *Supplex Libellus Valachorum),* Vasile Pop (cu activitate publicistică) şi Pavel Vasici; în Ţara Românească: Ştefan Vasile, Episcopescu şi Iuliu Barasch, Constantin Davilla; în Moldova: I. Cihak şi Mihail Zotta, care au înfiinţat, în 1830, cea mai veche societate ştiinţifică medicală din ţara noastră: *„Societatea de medici şi naturalişti"* din Iaşi.

Aşa cum arăta G. Brătescu (47), *mulţi reprezentanţi de frunte ai mişcării socialiste din ţara noastră au fost medici,* şi anume: Ştefan Stîncă, Ecaterina Arbore, C. Racovski, L. Ghelerter, Ottoi-Călin, C. Vranialici, C. I. Parhon, H. Aroneanu. De asemenea, participanţi la mişcarea socialistă au fost: Ion Cantacuzino, Al. Slătineanu, V. Sion, G. Proca, C. Popescu-Azuga, C. Irimescu.

Sînt apoi *medici-scriitori,* care au dat literaturii româneşti opere de mare valoare, prin care au intrat în patrimoniul culturii româneşti. O simplă enumerare (dar nu exhaustivă) a acestor nume este sugestivă: Vasile Voiculescu, Saşa Pană, George Magheru, Ion Vitner, Aurel Baranga, O. Carp (G. Proca), George Ulieru, Eugen Mironescu, Victor Papilian, Grigore T. Popa, Alexandru Rădulescu, Valeriu Bologa, Emil Dorin, Virgiliu Monda, Iosif Nemoianu, V. Ciocîlteu, S. Levin, Ionel Hristea, Dan Tărchilă, C. D. Zeletin, Virgil Sorin, Mihai Neagu Basarab, Francisc Păcurariu, Augustin Buzura, Ştefan Berceanu, I. Iftimovici, Ion Biberi, Dr. Ygrec.

Pe lîngă activitatea de creaţie literară, unii dintre aceşti medici-scriitori au participat la conducerea unor reviste literare. Astfel, Ion Cantacuzino a fost codirector la *„Viaţa Românească"*, Gr. T. Popa a condus *„Însemnări Ieşene"*, Valeriu Bologa a făcut parte din redacţia revistei *„Cultura"* şi apoi a revistei *„Tribuna"*, ambele din Cluj.

Mulţi medici din ţara noastră s-au făcut cunoscuţi prin *creaţiile lor artistice,* aşa cum au arătat C. I. Bercuş şi S. Izsak (52), într-o documentată comunicare: *„Medicii în arta românească"*. Dintre aceştia, trebuie amintit, în primul rînd, Ion Ţuculescu, unul dintre cei mai mari pictori moderni ai noştri, precum şi mulţi alţi pictori, membri ai personalului medico-sanitar, ca: D. Ghiaţă, Ion Baboe, Cornel Petrescu, Zenovia Cazan etc.

Alţi medici au fost sau sînt critici de artă şi rafinaţi colecţionari de picturi şi opere de artă, ca: Ion Cantacuzino şi Mircea

Scanned with CamScanner

Iliescu (grupul de artă de la Institutul Cantacuzino), Iosif Dona, C. Istrati, I. Chiricuţă etc.

În arta fotografică, medicii din ţara noastră s-au remarcat, de asemenea, prin fotografiile lor artistice, prezentate în expoziţiile anuale, organizate de fotoclubul medicilor, sub conducerea dr. N. Frandin.

În domeniul muzicii, aşa cum arată Bercuş şi Iszak (52), E. Nichifor şi C. Bocârnea (53), medicii sînt de asemenea prezenţi, fie prin creaţii muzicale, fie ca interpreţi, ca dirijori sau ca muzicologi. Dintre medicii compozitori, trebuie amintiţi : Carol Miculi (medic bucovinean, care a studiat folclorul românesc şi a compus — între altele — Hora Unirii, după versurile lui V. Alecsandri), Gustav Otremba (autorul primei opere în stil modern, „Olteanca"), Mihail Burada (muzică de cameră corală), Ion Borgovan (dermatolog şi balneolog, membru fondator al Societăţii Compozitorilor, autor a peste 125 de compoziţii muzicale în toate genurile), Victor Papilian (profesor de anatomie şi fost director al Operei Române din Cluj), Liviu Comes (conferenţiar de boli infecţioase, muzicolog, compozitor, profesor la Conservatorul din Cluj), Izidor Veinberg (muzicolog şi autor al lucrării „Muzica şi medicina", 1947), Emil Nichifor (fondator şi dirijor al Orchestrei de cameră a medicilor din Bucureşti) (52).

Multe s-ar putea scrie despre contribuţia medicilor la cultura omenirii. Aşa cum am amintit anterior, în literatura universală, contribuţia medicilor scriitori este considerabilă. Dar medicii au fost prezenţi şi în alte acte de cultură. Astfel, un medic, Theophraste Renuadot, a fost acela care a fondat primul ziar francez : *„La Gazette"* (apărut în 1631). Tot medic a fost şi Emile Littré, erudit filolog, care a dat Franţei acel *„Dictionnaire de la langue française"*. Limba esperanto este creaţia medicului oftalmolog polonez Ludwig Zamenhof (1859—1917).

Ne oprim aici cu aceste cîteva exemple.

Dar, în afară de aceste vîrfuri ale medicinii şi culturii, toţi medicii au simţit necesitatea să devină — prin profesiunea lor — şi oameni de cultură. De aceea, vom încheia cu următoarele cuvinte datorate unui mare endocrinolog şi om de cultură al ţării noastre :

52) BERCUŞ I. C. şi ISZAK S. — Medicii în arta românească. În volumul : Medicii în cultura românească, un vol. de 342 pag., pag. 265. A doua reuniune ştiinţifică de istoria medicinii, Bucureşti, 1973.

53) NICHIFOR E., BOCÂRNEA C. — Medicina şi muzica, Ed. medicală, Bucureşti, 1965.

Scanned with CamScanner

„Nu putem exista ca prezențe active, profesional și spiritual, în profesiunea de medic, fără a participa la medicina epocii în care trăim și, mai mult, la cultura generală în afara profesiei“ (54).

7.

Măreția și slăbiciunile specializării medicale

Contribuția specializării și a specialităților medicale la extraordinarul progres al medicinii contemporane constituie o noțiune unanim acceptată.

Specializarea se comportă ca o enormă forță creatoare de progres în știință, iar în practică — în rezolvarea diagnosticului și terapiei celor mai dificile cazuri. Formarea de specialiști în număr suficient pentru fiecare disciplină și repartiția lor judicioasă teritorială, pentru a se evita crearea de „deserturi medicale“ în anumite regiuni, fac parte dintre imperativele actuale ale medicinii.

Aceste tendințe își găsesc expresia atît în creșterea continuă a numărului de specialități și subspecialități medicale, cît și în creșterea proporției de medici specialiști față de masa medicală. Astfel, numărul specialităților medicale variază, după țări, de la 20 la 40, unele avînd un profil mai larg (psihiatrie, dermatologie, obstetrică și ginecologie etc.), altele cu un profil îngust (proctologie, flebologie, genetică medicală) sau rezumate la o boală (ftiziologie), sau generate de cerințe noi (medicină tropicală, medicină aviatică, medicină cosmică). Există apoi specialități după vîrstele bolnavilor (micropediatrie, pediatrie, geriatrie), adevărate „secțiuni transversale“ prin toată patologia vîrstei respective.

Există oare limite, privind reducerea domeniului de preocupări pentru specializare ? Dificil de stabilit, de prevăzut. Nimic nu va putea opri însă această tendință continuă, de subspecializare (microspecializare), cerută de acumularea de noi cunoștințe, de progresul și perfecționarea tehnică a medicinii moderne. Vom avea deci : bronhologi, flebologi, oftalmologi specializați în polul posterior, chirurgi vasculari, chirurgi endocrinologi ș.a.m.d., iar pentru viitor, orice tehnică nouă și sofisticată va genera noi subspecialități.

Nimeni nu poate contesta necesitatea unor astfel de specializări tot mai înguste, dar extrem de perfecționate și rafinate teh-

54) MILCU ȘT. — *Muncitorul Sanitar*, 1972, 11 iulie.

Scanned with CamScanner

nic, pentru a rezolva cele mai dificile cazuri de diagnostic și terapeutică.

„Medicina specializată nu este o medicină de lux, nici o medicină complimentară ; dimpotrivă, ea este aceea căreia îi revine sarcina rezolvării celor mai grave afecțiuni și care trebuie să facă față celor mai dificile probleme de sănătate. Medicina specializată se achită de sarcina sa cu o eficacitate din ce în ce mai mare. Și dacă ea se adresează afecțiunilor celor mai redutabile — ceea ce este gloria sa — aceasta este totodată și slăbiciunea sa, căci necesită investigații și materiale care nu sînt totdeauna bine înțelese“ (55).

Recunoscînd aceste atribuții și calități ale medicinii specializate, trebuie totodată recunoscut că extinderea specialităților și a specializării trebuie totuși controlată de către conducătorii sănătății publice, în funcție de nevoile ocrotirii sănătății, *și nu numai de opțiunile individuale ale absolvenților facultăților de medicină.* Orice exces de specializare, în detrimentul medicinii generale, a medicului de familie, creează grave probleme pentru asistența medicală.

Atracția specializării

Crearea unui mare număr de specialități și subspecialități a atras după sine absorbirea unui număr din ce în ce mai mare de medici, proporția specialiștilor în masa medicilor variind de la 36 la 38%, în Franța (56), și pînă la 80% în alte țări (S.U.A.). Afluxul în continuare al tinerilor medici către specialități rezultă și din sondajele de opțiune făcute printre studenții facultăților de medicină, imensa majoritate a acestora optînd pentru specialitate. După un sondaj la o facultate din Austria, numai 1% din interogați s-au declarat atrași pentru medicina generală, restul de 99% optînd pentru specializare. Această tendință în stil „crescendo“ se explică și prin atracția și comoditatea, pe care le oferă specialitățile înguste, *în contrast cu pregătirea grea și complexă a unui internist cu profil larg sau a unui medic generalist.* Asistăm deci la un curent intensificat spre specializare, ca o cale mai simplă, mai facilă și mai atractivă de pregătire.

Înmulțirea specialităților și a specialiștilor care le compun exprimă însă și o necesitate obiectivă. Într-adevăr, cunoștințele

55) * * * — Les problèmes du spécialiste, *Med. Prat.*, 1973 (Avril 3), 137.
56) PONYAUD P. — Comment former un médecin spécialiste ? *Concours-méd.*, 1971 (11 dec.), 458.

Scanned with CamScanner

medicale au continuat să crească în ritm uluitor de rapid, iar tehnica medicală să se dezvolte. Volumul de lectură pentru un medic a ajuns astfel să fie enorm. După H. Schaeffer, unui profesor universitar i-ar trebui astăzi 60 de ore pe zi pentru a se ţine la curent cu publicaţiile care apar în domeniul său.

Această situaţie a determinat probabil pe mulţi medici de a-şi limita treptat domeniul de preocupări, pentru a-l putea aprofunda cît mai bine.

Definiţia specialistului

„Specialistul este un medic care a primit o instruire specială şi care limitează practica sa, complet sau parţial, la entităţi morbide particulare ori la pacienţi din anumite grupe de vîrstă“ (după experţii O.M.S.) (57). El poate fi consultat direct de pacienţi, sau în unele ţări, pacienţii îi sînt trimişi de alţi medici. O altă definiţie (58) : „Specialistul este un medic care şi-a fixat o perioadă extinsă de instruire, în cadrul unui program special alcătuit, pentru a se prepara ca medic practician într-o arie circumscrisă a medicinii“.

Este cunoscută şi o veche definiţie a specialistului : „O persoană care cunoaşte din ce în ce mai mult, asupra din ce în ce mai puţin“, care poate fi completată cu butada lui B. Shaw : „pînă ce cunoaşte totul despre nimic“.

Desigur, însă, numai printr-o astfel de îngustare a ariei de preocupări, se poate rezolva aprofundarea şi stăpînirea unui domeniu al medicinii actuale, şi — implicit — formarea specialiştilor necesari. A trecut de mult timpul de a se mai concepe posibilitatea formării unei personalităţi complexe ca Leonardo da Vinci, egal de competent în anatomie, în pictură şi în matematică, sau a legendarului Pico dela Mirandola, cu pretenţia sa nemaipomenită de a cunoaşte *de omni re scibili.*

Dezavantaje şi slăbiciuni ale specializării

Crearea specialităţilor medicale, din ce în ce mai numeroase şi mai înguste, a generat pentru medicină o serie de slăbiciuni şi riscuri, iar pentru pacienţi unele inevitabile pericole.

57) W. H. O. — The role of the primary physician in health services. Copenhagen, 1971 (Euro-0380).

58) BLANCHERD L. — The twentieth speciality, *J. Amer. med. Ass.*, 1970, 212, 1 207.

Scanned with CamScanner

Specializarea, pe lîngă atîtea calităţi, *mai înseamnă şi fragmentarea medicinii, viziunea îngustă, examinare parcelară a bolnavului.* Dacă o persoană prezintă un epistaxis şi se adresează unui specialist O.R.L., în unele cazuri, apelul poate fi binevenit şi rezolvarea facilă ; în alte cazuri, însă, epistaxisul poate fi expresia unei boli generale, a unei boli de sînge, a unei boli infecţioase şi diagnosticul real poate fi întîrziat în detrimentul sănătăţii ori vieţii bolnavului. O erupţie cu stare febrilă, văzută de un dermatolog, poate fi apreciată ca o urticarie febrilă, fiind tratată ca atare, şi în realitate să fie expresia unei septicemii grave, cu manifestări cutanate (cazuri întîmplate şi urmate uneori de decese). Cunoaştem bolnavi, trataţi iniţial de reumatologi pentru dureri articulare, care în realitate sufereau de o septicemie şi care cu greu au putut fi vindecaţi ulterior. De cîte ori forma reumatoidă de debut a hepatitei virale ne înşeală şi bolnavul este tratat ca un reumatism ? Sau astenia iniţială a aceleiaşi boli este considerată drept o nevroză astenică, de un specialist în problemă ? Am putea spune că un bolnav îndrumat *d'emblée* la un specialist îngust, pentru un simptom major, riscă deseori o întîrziere a diagnosticului real, în timp ce, dacă s-ar fi adresat de la început unui bun generalist sau internist cu profil larg, diagnosticul corect s-ar fi precizat mai repede.

Alteori, extrem de competentul specialist poate spune, în cel mai bun caz : organul pe care-l cunosc eu nu este suferind ; mergi mai departe, la alţi specialişti, pentru alte organe, la alte etaje ale policlinicii sau la alte spitale. Astfel, poate începe odiseea tristă a bolnavilor purtaţi de la un spital sau serviciu de specialitate, la alt spital sau serviciu de specialitate, cu pericolul iminent, uneori, al deteriorării (ori chiar pierderii) acestor bolnavi, în teritorii interdisciplinare, ori chiar în acel *„no man's land"* al medicinii hiperspecializate de astăzi.

Alteori, circulaţia bolnavului între specialităţi poate să fie, cel mult, plicticoasă şi interminabilă. Redăm, după Shephard (59), o istorioară semnificativă în acest sens. Într-un mare oraş american, un soldat, cu o plagă la un deget, se prezintă la un spital foarte specializat şi automatizat. Intrînd în spital, el ajunge în faţa a două uşi din care porneau 2 coridoare şi pe care era scris, pe una *plăgi* şi pe alta *boli.* Intrînd pe uşa pe care scria *plăgi,* el are de ales între alte 2 uşi pe care era scris : afecţiuni osoase (pe una) şi plăgi ale ţesuturilor (pe alta). Alegînd pe aceea din urmă, el trebuie să se decidă din nou între 2 uşi, pe care scria

59) SHEPHARD W. — The specialist and the health of the university, *Proc. Mayo Clinic.,* 1966, 41, 505.

Scanned with CamScanner

corp şi *extremităţi*. Alegînd uşa pe care scria *extremităţi* el are de ales, din nou, între *plăgi majore* şi *plăgi minore*. Optînd pentru „plăgi minore" el deschide uşa pentru... a ajunge în plină stradă. Colegului care îl aştepta afară, mirat că a terminat atît de repede, îi răspunde : „n-am rezolvat nimic, dar spitalul este teribil de specializat".

Astfel de circulaţii rătăcitoare ale unor pacienţi sînt deseori posibile în policlinicile moderne, fragmentate în mai multe specialităţi, ca şi medicina actuală. Apare deci rezonabil de a conchide că, recurgerea de la început de către pacient la un anumit specialist este legată, deseori, de anumite riscuri. Căci, aşa cum s-a spus (în mod satiric) fiecare specialist are tendinţa să privească lumea, medicina şi bolnavul prin prisma specialităţii sale : oftalmologul prin oftalmoscopul său, otorinolaringologul prin otoscopul său, ginecologul prin speculul vaginal...

În acest mod, ceea ce se cîştigă în profunzime se pierde în orizont, în aprecierea integrativă a bolnavului. De aceea, într-o medicină atît de hiperspecializată ca aceea de azi, rolul (tehnic şi etic) al *consultului medical interdisciplinar* deţine o importanţă considerabilă. Implicaţiile etice atît de importante ale consultului medical, în medicina actuală, trebuie să fie bine cunoscute şi considerate de fiecare medic (60). Pe lîngă valoarea lui intrinsecă, pentru bolnav, consultul ar putea fi considerat şi ca o soluţie de remediere, desigur imperfectă, a neajunsurilor divizării extreme a medicinii actuale, a pulverizării în multiple specialităţi.

O altă consecinţă defavorabilă a specializării şi hiperspecializării medicale decurge din concepţia deformată, de devalorizare a *medicului de medicină generală, medicul de „prim contact"* sau *„medicul de familie"* (cum se mai spune astăzi). De aceea, a urmat o scădere a interesului pentru îmbrăţişarea acestui profil de activitate medicală — mult mai greu de realizat decît acela al unui specialist îngust. S-a ajuns la o scădere a numărului acestor medici în unele ţări (S.U.A., Suedia şi altele), ceea ce a avut ca urmare aglomerarea specialiştilor şi a spitalelor cu cazuri de boli comune, care nu necesită spitalizare (61). De aceea, în ultimii ani, se constată un interes crescînd al statelor şi organizaţiilor medicale pentru formarea, restabilirea prestigiului şi utilizarea medicului de medicină generală (62).

60) VOICULESCU M. — Probleme etice ale consultului medical. Conferinţa Colegiului Central al Medicilor şi Farmaciştilor, Bucureşti, 4.II.1971.
61) VOICULESCU M. — Medicul de medicină generală : rolul său în ocrotirea sănătăţii publice, *Viaţa med.*, 1965, 14, 943.
62) * * * — Rolul actual şi perspectivele medicului de medicină generală (Editorial), *Viaţa med.*, 1970, 17, 770.

Scanned with CamScanner

„Omnipracticianul va avea un rol important de jucat în medicina de mîine și este de prevăzut că viitorii medici vor fi din nou atrași de această formă de medicină, mai completă ca a specialistului" (63).

Acest medic este singurul care poate să asigure o asistență medicală cuprinzătoare, caracterizată prin : continuitate, accesibilitate competență, coordonare, valoare preventivă, eficiență economică (64). Recent, s-a recunoscut, în diferite țări, ca o nouă specialitate, *medicina generală* sau *medicina de familie.* De acest gen de asistență medicală, omenirea nu se poate dispensa nici acum și nici în viitor.

Un alt pericol al specializării constă, pentru medicul specialist, în sacrificiul culturii sale generale, ca preț al specializării și — în același timp — prin excesul de tehnicism în pierderea ori, cel puțin, neglijarea umanismului în medicină. „Nu este mai rea forma de mutilare spirituală la un medic decît lipsa culturii umanistice" (65). Umanismul, nu trebuie considerat nici un lux și nici un rafinament.

Este indispensabil, desigur, să avem specialiști, dar ei trebuie să fie instruiți în orizontul larg al științei (58). Nu se poate concepe un bun specialist, dacă nu este și un om de cultură (65).

Concluzii și remedii

În concluzie, trebuie să fim conștienți nu numai de valoarea și necesitatea specializării, dar și de dezavantajele și slăbiciunile acesteia. Într-un anumit mod, trebuie să recunoaștem că pentru toate progresele și cuceririle medicinii moderne — specializare, înaltă tehnicitate, automatizare — s-ar putea să plătim scump : medicul, pacientul și medicina însăși (65), — dacă nu se iau măsuri corectoare.

În esență, aceste măsuri pot consta din :

— *Formarea specialiștilor, pe baza unei culturi medicale și umanistice, realizate și respectate din timpul facultății.*

— *Evitarea oricărei specializări premature,* fiind indicat de a se obține în prealabil, o competență clinică largă, un orizont extins de cunoștințe teoretice, calități indispensabile pentru a

63) RENCHNICK P. — Humanisme et technicité, *Med. et Hyg. (Genève),* 1970, 917, 820.
64) ZERVANOS N. și colab. — Family and community medicine, *J. Amer. med. Ass.,* 1972, 221, 55.
65) CHAVEZ I. — Grandeur and poverty of medical specialization, *Circulation,* 1959, 20, 4, 481.

Scanned with CamScanner

realiza o îngrijire cît mai cuprinzătoare şi mai sigură a pacienţilor. Un studiu efectuat recent în S.U.A., cu privire la competenţa clinică a medicilor rezidenţi, a demonstrat impactul nefavorabil al specializării precoce, pentru absolvenţii care au trecut imediat la o specializare îngustă, în contrast cu aceia care au efectuat un program de un an de pregătire generală în medicina internă (66).

— Specialistul trebuie să nu omită şi nici să uite obligaţiile sale sociale, de medic, cetăţean, de care nu trebuie să se înstrăineze prin îngustarea şi aprofundarea specialităţii sale.

— *Restabilirea poziţiei-cheie a medicului generalist,* în cadrul asistenţei sanitare, cu toate calităţile multiple pe care asistenţa medicală de medicină generală le oferă persoanei, familiei şi colectivităţii, constituie, de asemenea, un remediu al excesului de specializare.

8.

Reflecţii pe marginea concursurilor în medicină

Unul din cele mai dificile acte umane este *evaluarea pregătirii profesionale* a unei persoane, în cadrul unui examen, sau — şi mai greu — în cadrul unui concurs. Un examen, un concurs, reprezintă totdeauna o probă de mare performanţă, o piatră de încercare, nu numai pentru cel examinat, dar totodată şi pentru examinator, fie că acesta decide singur, fie că răspunderea se acordă unei comisii de examinare. Desigur, pentru o maximă obiectivitate, comisia constituie soluţia preferabilă aceleia a unui singur examinator. Asigurarea obiectivităţii necesită, însă, pe lîngă alegerea unei comisii competente, şi o *metodologie de examinare,* verificată prin practică şi aplicată *bona fide.*

În acest scop, *docimologia* (ştiinţa examinării) a căutat soluţiile cele mai bune, fără să fi găsit însă pînă acum o rezolvare definitivă. „Primul pas în progresul unei ştiinţe constă în măsurarea cantităţilor" (Maxwell). Dar, în această problemă, a evaluării, prin examene ori concursuri, a calităţii de medic, a pregă-

66) GONELLA J., VELOSKI J. — The impact of early specialization and the clinical competence of residents, *New. Engl. J. Med.*, 1982, 306, 275.

Scanned with CamScanner

tirii sale, nu ne putem mulțumi numai cu măsurarea cantităților, a cunoștințelor dobîndite de acesta. Sistemul de apreciere trebuie să fie mai complex, cuprinzînd și alte criterii, ca : îndemînare clinică, planul și arta examinării bolnavului, competența de a pune un diagnostic exact *într-o probă pe viu*, aprofundarea bolnavului în prezent și în perspectivă. Dar, aceste criterii sînt greu măsurabile și de exprimat în date precise : cifre, procentaje sau alte simboluri.

Pe de altă parte, aprecierile făcute de examinatori, chiar în situații mai simple (corectarea unei teze) sînt adesea aleatorii sau oscilante. Citățm pentru exemplu, după Sinclair (67), cazul unei comisii de 15 examinatori, care — avînd de citit aceleași teze — au pus note diferite, ceea ce nu este de mirare. Dar, mai surprinzător, este faptul că aceiași examinatori, primind după un interval de 12 luni aceleași teze pentru a le nota, nu și-au mai păstrat aprecierea inițială și 8 dintre cei 15 examinatori au fixat alte note. Deosebirile pot fi desigur și mai mari între comisii diferite.

Recunoașterea acestor imperfecțiuni ale științei și ale artei examinării nu pot rămîne însă fără urmări. Pentru corectarea atît a dificultăților obiective ale examinării candidaților, cît și a aspectelor subiective ale aprecierii acestora, s-au căutat diferite metode de examinare, cît mai corespunzătoare, prin obiectivitatea aprecierii și aprofundarea cunoașterii candidatului, respectînd totodată și economia de timp (atît a examinatorilor, cît și a candidaților).

Referindu-ne numai la metodologia de examinare prin *concursuri în medicină*, pentru obținerea unui titlu superior sau ocuparea unui post, vom constata că în acest domeniu s-au profilat, pe plan mondial, 2 sisteme principale de examinare, și anume :

— *sistemul de întrebări cu răspunsuri multiple ;*
— *sistemul cu mai multe probe clinice și teoretice.*

Sistemul de întrebări cu răspunsuri multiple

Acest sistem, denumit în engleză *multiple choice tests*, este utilizat îndeosebi în țările anglosaxone și în cele anglofone. În acest sistem, se fixează un număr mare de întrebări (300—500), alese din toată materia, considerată ca obligatorie pentru pregătirea candidaților. Fiecare întrebare este urmată de 3—5 răspunsuri formulate (în medie 4), *dintre care numai unul*

67) SINCLAIR D. C. — Objective examination papers in the medical curriculum, *Lancet*, 1953, 2 (nov. 7).

Scanned with CamScanner

este corect și pe care candidatul trebuie să-l descopere și să-l aleagă. Se fixează o durată de gîndire, considerată ca adecvată pentru judecata și activitatea unui medic (circa 3 minute pentru o întrebare sau 3 ore pentru toate întrebările puse). Finalmente, se calculează procentajul de răspunsuri (alegeri) corecte, fixîndu-se un prag minimal de admitere, de obicei 75% răspunsuri corecte. Proba se pretează ușor la analize statistice, putîndu-se recurge și la un computer.

Avantajele acestei metode sînt următoarele :

— o testare largă a fiecărui candidat, din tot cuprinsul materiei de examinat ;

— o evaluare precisă, matematică, a cunoștințelor fiecărui candidat, exprimată în cifre sau procente ;

— o comparație obiectivă între toți candidații, obținută pe baza aceluiași chestionar ;

— economie de timp, proba fiind simultană pentru toți candidații.

Acest sistem s-a bucurat de o largă popularitate, în ultimii ani, în special în țările de limbă engleză, unde a format obiectul unui adevărat cult. Cu toate acestea, chiar în aceste țări, au apărut și unele rezerve și critici față de această metodă (68).

Enumerăm cîteva dintre *dezavantajele și defectele acestui sistem :*

— Testarea pregătirii candidaților nu este completă, apreciindu-se mai ales *competența lor teoretică,* proba fiind mai mult o „dizertație academică" decît un test de performanță profesională (68). Se rezolvă numai un aspect parcelar al cunoașterii pregătirii profesionale a candidatului, omițîndu-se aprecierea calităților sale clinice, acel *clinical approach,* prin aplicarea cunoștințelor la bolnav, privit ca om, și nu în mod abstract, în cadrul unui chestionar, folosit în mod mecanic.

În același timp, acest sistem accentuează tendința spre o *medicină depersonalizată,* unul din marile păcate ale medicinii din multe țări occidentale, favorizîndu-se un adevărat „cinism tehnologic", în detrimentul umanismului medical, cu uitarea bolnavului ca om.

— Sistemul nu permite o cunoaștere complexă, multilaterală a candidatului, ci mai mult una pur tehnică.

— O consecință negativă mai decurge și din preocuparea candidaților de a folosi, ca pregătire, seturi de întrebări, care circulă clandestin, în detrimentul unei pregătiri mai cuprinzătoare, teoretice și practice.

68) DUDLEY H. — Multiple-choice tests : time for a accord look ? *Lancet,* 1973, *2,* 195.

Scanned with CamScanner

Sistemul cu mai multe probe (clinice, practice și scrise)

În acest sistem, utilizat în țara noastră, ca și în alte țări (de ex., Franța), examinarea candidaților se face prin cel puțin 3 probe, cuprinzînd (pentru titlul de medic principal de specialitate) o probă scrisă, una clinică (pe bolnav) și una practică de laborator (teste preclinice), iar pentru titlul de medic primar 2 probe clinice și una practică de laborator. La acestea, se adaugă uneori și a 4-a probă, constînd din aprecierea memoriului de titluri și lucrări.

Avantajele acestui sistem de concurs sînt următoarele :

— Se evaluează competența teoretică și cea practică a candidaților, aplicată „pe viu" la bolnav (și nu prin buletine de întrebări cu conținut practic, ca în sistemul cu răspunsuri multiple), la care se adaugă proba practică de laborator și, eventual, memoriul de activitate.

— În acest mod, se obține o apreciere mai cuprinzătoare, multilaterală a candidatului : capacitatea sa clinică, de aplicare la bolnav a cunoștințelor teoretice și practice, competența de a stabili un diagnostic, un prognostic și cu tratament, *aplicat la un anumit bolnav,* cu toate particularitățile sale, constituționale și cu antecedentele respective.

— Trecerea a 3 probe permite o medie de apreciere, cu atenuarea factorului „neșansă", de care poate fi grevată o singură probă, în condiții de indispoziție fizică ori psihică a candidatului în momentul respectiv.

Se obține o apreciere mai reală a candidatului, în condițiile de lucru de la patul bolnavului sau ale celorlalte activități, și nu în cadrul artificial al unor chestiuni scrise, ca în sistemul *multiple choice tests.*

Dezavantajele acestui sistem constă din consumul mai mare de timp, necesitat de cele 3 probe trecute de fiecare candidat, separat (față de sistemul cu răspunsuri multiple, în care proba se dă concomitent cu toți candidații), precum și din reproșurile care se pot aduce pentru inegalitatea în ceea ce privește gradul de dificultate a unor probe clinice pentru fiecare candidat (în funcție de cazurile trase la sorți).

Scanned with CamScanner

Utilitatea concursurilor

Sistemul concursurilor repetate a fost criticat de unii, deoarece ar supune candidaţii la eforturi prea mari şi ar crea condiţii artificiale de *stress*, suportate mai greu de candidaţii mai în vîrstă. Dar, numai abuzul de examene şi concursuri ar putea fi criticabile, aşa cum s-a exprimat cunoscutul cardiolog G. Pickering (69). S-a mai spus că, dintre candidaţi, unii sînt mai abili şi mai experimentaţi în tehnica concursurilor („oameni de concurs"), ceea ce ar pune pe ceilalţi într-o poziţie inferioară, faţă de randamentul lor profesional curent, mai bun decît la concursuri. S-a mai observat că unii candidaţi, proveniţi din centrele universitare ar deţine condiţii mai bune de pregătire în specialitate (şi deci şi pentru concurs), faţă de cei care lucrează în centrele medicale mai mici (70). Dar, adesea am semnalat şi situaţia inversă : unele cadre din clinici s-au arătat prea siguri pe ei înşuşi, efectuînd examene prea repede şi sumare, de rutină, fiind depăşiţi de planul meticulos de examinare şi expunere a unor candidaţi din centre mici provinciale.

Orice sistem de concurs este criticabil. Dar, concursul nu poate fi înlocuit, neexistînd o alternativă mai bună. Orice alte măsuri favorizează inechităţi şi, pentru cei ce aleg, dificultăţi insurmontabile, perturbînd procesul de promovare şi de selecţie.

Utilitatea concursurilor în medicină rămîne deci incontestabilă. Ele s-au impus în toată lumea, în primul rînd prin valoarea lor intrinsecă, prin soluţia obiectivă pe care o aduc pentru promovări şi clasificări. Dar, utilitatea cea mai mare a concursurilor constă în aceea *de a stimula perfecţionarea continuă a tuturor medicilor*, de a-i determina să crească continuu măiestria lor profesională şi cultura lor medicală prin lecturi, ţinînd seama de ritmul atît de rapid al acumulării cunoştinţelor în medicină.

Despre tehnica concursurilor

O pregătire profesională, oricît de bună ar fi, pentru a fi remarcată şi notată corespunzător în cadrul unui concurs, necesită ca cel care candidează să cunoască foarte bine regulamentul şi, mai ales, să stăpînească perfect *tehnica concursurilor*. Nu este deci suficient ca un candidat cu excelentă pregătire pro-

69) * * * — Examens are a disease, *Daily Worker*, 1963, July, 16.
70) DOCZY P. — Concursuri şi examene, *Muncitorul Sanitar*, 1959, 30 mai.

Scanned with CamScanner

fesională să intre direct în „bătălia" concursului. El trebuie să fie învăţat, în prealabil, tehnica concursurilor, începînd prin a se informa de la colegi cu experienţă *şi continuînd prin a efectua cît mai multe exerciţii de pregătire a probelor,* pentru a se încadra în timpul limitat al acestora (20 de minute) atît prin planul de examinare al bolnavului, cît şi prin planul de expunere. Prin astfel de probe „experimentale", făcute sub controlul unui coleg cu experienţă de concurs, se învaţă multe, care îi servesc şi pentru practica viitoare : plan complet de examinare a bolnavului, logica cererii analizelor, calcularea timpului necesar pentru fiecare etapă a probei (încadrarea în timp constituie o necesitate a oricărei activităţi) şi evitarea „tracului", a factorului emotiv. Un medic, care nu are o stabilitate emoţională la concurs, poate să nu o aibă nici în situaţiile grele, în faţa bolnavilor săi.

Despre metodologia concursurilor în medicină şi deprinderea unei tehnici cît mai perfecţionate de concurs, s-a scris puţin în literatura noastră medicală. Vom cita totuşi articolele apărute în „Muncitorul Sanitar" între 1959 şi 1963 şi datorate unor cadre universitare bine cunoscute : Th. Burghele (71)(72), P. Doczy (70), M. Angelescu şi S. Perederi (2 articole de tehnică privind proba clinică) (73). Aceste din urmă două articole sînt pline de recomandări şi învăţăminte.

Experienţa ultimilor ani ne-a făcut să observăm că aceste recomandări nu mai sînt cunoscute şi o serie de candidaţi se prezintă neînarmaţi cu tehnica trecerii unui concurs la înălţimea pregătirii lor profesionale (sau pe care comisia bănuieşte că acesta o posedă).

Dăm cîteva exemplificări :

Proba clinică. În tehnica examinării bolnavilor, cei mai mulţi candidaţi nu se încadrează bine în cele 20 de minute acordate de regulamentul de concurs. După cum se ştie, aşa cum sublinia P. Doczy în articolul său (70), iar Angelescu şi Perederi detaliază pe larg (73) trebuie respectate şi bine echilibrate cele 3 etape ale examinării : *anamneza, examenul obiectiv pe ţesuturi şi organe şi cererea analizelor necesare pentru diagnostic.* Erorile cele mai frecvente rezultă tocmai din neechilibrarea pe plan cronologic a duratei fiecărei etape (care totuşi poate varia după bolnav şi boala

71) BURGHELE TH. — Pe marginea concursurilor şi examenelor. *Muncitorul Sanitar,* 1959, 1 mai.

72) BURGHELE TH. — Reflecţii pe marginea concursului de medici primari, *Muncitorul Sanitar,* 1963, 31 august.

73) ANGELESCU M., PEREDERI S. — Proba clinică : I) examinarea bolnavului, II) Expunerea unui caz, *Muncitorul Sanitar,* 1961, 7 şi 11 noiembrie.

Scanned with CamScanner

sa). Unii consumă prea mult timp cu anamneza (prea lentă ori stăruind pe amănunte nesemnificative) și lasă prea puțin timp pentru celelalte 2 etape. Nu este permis să se lase, de exemplu, doar 2—3 minute pentru solicitarea rezultatelor probelor paraclinice (dintre care unele sînt decisive pentru diagnostic). Pe de altă parte, unii omit din anamneză aspectele importante (anamneza epidemiologică, starea imună a bolnavului, anamneza profesională, chiar cea genetică uneori). Alții (cu mare „abilitate" de concurs) sidereză bolnavul cu întrebări multiple și rapide („ca o mitralieră"). Erori grave se consideră omiterea examinării unui țesut sau organ, precum și dezordinea în examinare. De asemenea, sînt criticabile și : excesul de cereri de analize (inutile pentru cazul în sine), lipsa de logică la cererea lor, precum și omiterea de a se cere „în dinamică" (repetarea analizelor).

Criticabile sînt și alte aspecte : o abordare clinică a bolnavului lipsită de blîndețe, de umanism (ton de interogare, uitarea bolnavului dezbrăcat în frig etc.), ca și unele erori de igienă : ducerea mîinii la gură în timpul examinării, nespălarea pe mîini după terminarea probei clinice la bolnav.

Expunerea. Aici, apar cele mai multe discordanțe între candidați. Fără a face apel la acel dicton latin, amintit de Doczy (70), și anume că „elocvența este podoaba gîndirii" (ceea ce se punctează numai între candidații cu înalt nivel de pregătire pentru diferențiere), se apreciază în primul rînd *un plan de expunere adaptat la bolnav.* Erorile constau din transformarea expunerii *într-o probă livrească și de memorie* (capitol de carte), în care bolnavul este uitat, iar gîndirea clinică și orientarea practică a candidatului lipsesc.

Desigur, planul expunerii trebuie să fie complet și să înceapă cu *diagnosticul,* formulat cu îngrijire (aici, unii se grăbesc și-l enunță incomplet ori prescurtat, ceea ce este nepermis), cuprinzînd *boala principală* și celelalte afecțiuni secundare, acute ori cronice. Cunoștințele și experiența medicului rezultă și din interpretarea rezultatelor testelor paraclinice, a ponderii fiecăruia.

Pentru dignosticul diferențial, este logic să se plece de la bolnav (evitîndu-se un diagnostic livresc, cu enumerarea unor boli fără legătură cu diagnosticul bolnavului). Este mai bine să se procedeze prin eliminarea celor mai apropiate boli, care se pot confunda cu starea bolnavului, decît să se pornească de la cele mai deosebite și mai rare, lăsînd la urmă pe cele mai frecvente și mai plauzibile. Enumerarea bolilor mai rare și mai îndepărtate de starea bolnavului se va face la sfîrșit, cu o mențiune *ad hoc.*

Planul de expunere trebuie să cuprindă (după diagnostic) : analiza formei clinice, a stadiului bolii și a celorlalte afecțiuni

Scanned with CamScanner

concomitente ; diagnosticul diferenţial ; evaluarea evoluţiei posibile ; prognosticul *(quo ad vitam, quo ad sanationem, quo ad laborem)* ; tratamentul (bine individualizat), văzut în prezent şi perspectivă (dispensarizare şi încadrarea bolnavilor în muncă) ; la sfîrşit, consideraţii şi măsuri profilactice.

În articolul lor, despre expunerea cazului, Angelescu şi Perederi (73) recomandă *următoarea succesiune* : 1) rezultatul observaţiei bolnavului (recapitularea sintetică, în vederea susţinerii diagnosticului) ; 2) susţinerea diagnosticului pozitiv ; 3) analiza particularităţilor cazului ; 4) diagnosticul diferenţial ; 5) evoluţia şi prognosticul ; 6) tratamentul ; 7) criteriile de eliberare din spital, indicaţii curative şi profilactice ulterioare, aprecierea asupra capacităţii de muncă.

Desigur, observaţiile şi învăţămintele mai sus amintite reprezintă numai o analiză sumară privind tehnica concursului în medicină. Elaborarea unor recomandări mai detaliate o considerăm foarte oportună pentru numeroşii candidaţi ai sesiunilor de concursuri

9.

Lecţia „ex cathedra": între practici vechi şi perfectări moderne

Consider că ar fi foarte potrivit ca, vorbind despre metodologia lecţiei *ex cathedra,* să amintesc un vechi deziderat, expus încă din secolul al XVII-lea de Johan Amos Comenius (Jan Amos Komenski), pedagog ceh şi reformator al pedagogiei (1592—1670), care spunea : *„caut o metodă prin care profesorul să predea mai puţin şi cel ce învaţă să înveţe mai mult".*

Acest deziderat pedagogic, actual şi astăzi, apare deosebit de justificat în legătură cu lecţia (prelegerea) universitară, în scopul reevaluării şi ameliorării acestei metode esenţiale de contact dintre profesori şi elevii săi. Or, se ştie că lecţia *ex cathedra,* una din cele mai vechi forme de învăţămînt, a fost mult discutată în ultimul timp. Unii îi contestă chiar utilitatea, considerînd-o ca o metodă depăşită, care absoarbe ore preţioase din timpul de învăţat al studentului şi oferă un randament slab. Este cunoscută, de asemenea, tendinţa generală, pe plan mondial, de micşorare a greutăţii specifice a cursurilor de la catedră, în favoarea pregătirii practice,

Scanned with CamScanner

modificare realizată de mai mulți ani și în planul de învățămînt din țara noastră.

Semnificativ de citat este și opinia generală a studenților asupra valorii cursului. Astfel, după o cercetare complexă cu caracter sociologic, făcută acum cîțiva ani de Catedra de Științe Sociale a I.M.F.-București, asupra studenților din anul al II-lea din Facultatea de Medicină Generală, *a rezultat că numai 8% din studenți consideră cursul ca o metodă utilă pentru învățămînt,* în timp ce activitatea practică este agreată de peste 90%. Desigur, o astfel de opinie poate fi infirmată de altele, privind cursuri procentual mult mai apreciate, dar nu se poate nega totuși o tendință de scădere a interesului studenților pentru cursul vorbit.

De la constatări la cauze

Față de aceste tendințe, ne putem întreba dacă a devenit, oare, lecția o metodă perimată în procesul de învățămînt sau au devenit urgente modificări și perfecționări în metodologia cursului universitar ?

În primul rînd, trebuie să recunoaștem că prestigiul acestei clasice lecții *ex cathedra* a scăzut evident, în comparație cu acela din secolele trecute. Atunci, nu se puteau tipări atîtea cursuri și cărți ca astăzi, iar lecția profesorului rămînea sursa esențială (și uneori chiar unică) de documentare a studenților. În evul mediu, pe vremea cînd Rabelais studia medicina la Montpellier, era necesar ca studenții să cunoască bine atît limba latină, cît și cea greacă, pentru a consulta textele originale ale unor medici celebri.

Astăzi, însă, cînd volumul cunoștințelor științifice a crescut considerabil și stă la dispoziția tuturor, acumulat într-un mare număr de tipărituri, valoarea informativă a cursului vorbit a scăzut în fața studenților, care așteaptă altceva de la lecția universitară decît o simplă transmitere de informații. La aceasta, s-a adăugat și decalajul dintre timpul pentru expunere, limitat inevitabil, și volumul enorm de cunoștințe actuale, ceea ce a creat și mai mult impresia unei mai reduse eficiențe a prelegerii.

Toate aceste tendințe critice și de subapreciere a cursului vorbit se datoresc atitudinii de imobilism a acelor profesori, care continuă să folosească un stil clasic și neameliorat de predare.

Aspectele criticabile ale unor astfel de lecții sînt următoarele :

— În primul rînd, aceste lecții au un caracter prea solemn, „doctoral", de expunere monotonă, descriptivă, ceea ce duce la scăderea atenției studenților și, implicit, la reducerea utilității lecției.

Scanned with CamScanner

— În forma cea mai nepotrivită (și de respins), lecția poate fi reproducerea *ad literam* a capitolelor din curs. În acest caz, lecția devine un act formal de îndeplinire a unor obligații administrative și auditoriul va reacționa, desigur, în mod judicios, prin ocolirea acestor cursuri și folosirea timpului respectiv într-un mod mai util.

— Criticabilă este și lecția „dictată", în lipsa unui curs sau a unui manual tipărit. În acest caz, scopul suprem al profesorului constă din transferul unei cantități cît mai mari de cunoștințe din notele sale în caietul de notițe al auditorilor, în decursul orei legale. Studentul se rezumă astfel la caietul de notițe, toate cunoștințele sale rezumîndu-se la ceea ce *magister dixit*, fără nici un efort creator de gîndire și de interpretare, din graba luării de notițe și a preocupării de memorizare.

— Defecte importante ale lecției „magistrale" decurg și din pregătirea ei insuficientă, din lipsa de timp ori din aprecierea necorespunzătoare a timpului necesar elaborării sau/și expunerii.

Unele condiții ale prelegerii universitare

Pregătirea unei lecții necesită un mare număr de ore. De asemenea, elaborarea ei necesită o atmosferă de liniște, proprie meditării. Tot astfel, înainte de a intra în sala de curs, profesorul are nevoie de o perioadă de cîteva ore de izolare, de liniște, necesare concentrării asupra problemelor pe care le va expune.

Metoda improvizației în prelegeri nu-și are locul în științele biologice și în medicină ; orice lecție trebuie bine pregătită și expusă pe baza unui plan, prezentat eventual într-o suită de diapozitive, cu principalele idei ale expunerii.

O altă cerință este ca *prelegerea să ofere, neapărat, altceva ori ceva mai mult decît cursul scris sau manualul.* Un mare clinician, F. Widal făcea o primă distincție : „cartea este neînsufletită, lecția este însăși viața". Expunerea trebuie deci să fie o prezentare vie, activă, într-o atmosferă de interes din partea studenților, într-o comunitate de gîndire cu aceștia.

Pentru aceasta este însă nevoie — și acesta este un rol important al prelegerii — de *a selecta și a sublinia cunoștințele de importanță esențială*, desprinse din noianul de amănunte și teze contradictorii din manuale ori tratate, *și de a introduce ceea ce este nou și verificat.* Este aici o mare responsabilitate din partea celui care predă, așa cum afirma recent un rector :

„Există adesea în învățămînt o tendință de a adăuga mereu și mult mai puțin de a scădea, deoarece este mult mai greu să

Scanned with CamScanner

renunţi decît să adiţionezi. Or, revoluţia înseamnă a îndrăzni să suprimi o serie de lucruri dovedite inutile, care încarcă inutil" (R. Mallet).

Această responsabilitate privind *volumul de cunoştinţe care trebuie predat*, ca şi *calitatea acestora*, a devenit şi mai mare astăzi, cînd — aşa cum s-a arătat — volumul de cunoştinţe ştiinţifice se dublează la 10 ani sau după unii chiar la 7 ani (74).

Un alt cercetător afirma, în mod sugestiv, că „faza actuală de creştere a cunoştinţelor este analogă fazei logaritmice de creştere a unei culturi bacteriene" (75). După un alt studiu, s-a ajuns la concluzia că, pentru a fi bine informat, un medic trebuie să adauge anual 10% la cunoştinţele sale, iar aceste cunoştinţe noi, pe care trebuie să le adauge într-un an acum, sînt egale cu acelea care se predau într-un an întreg de studii medicale, în 1930.

Selecţionarea noţiunilor care vor fi predate studenţilor, trebuie să satisfacă şi unele importante cerinţe de ordin filozofic şi metodologic : să le dea un sistem de gîndire, să le semnaleze tendinţele noi în dezvoltarea cunoaşterii, orientarea modernă a cercetărilor în problema respectivă şi perfectările care se conturează prin acea „deplasare în ofensivă a progresului ştiinţific".

Cursul vorbit trebuie deci să redea o astfel de *imagine dinamică*, şi nu o *descriere statică*. Folosind *metoda istorică*, trebuie să se ofere studenţilor perspectiva istorică a dezvoltării în etape a cunoaşterii, într-o problemă, şi să nu se alunece în simplu „istoricism". În problemele nerezolvate, trebuie evitate orice tendinţe de pesimism, dîndu-se exemple de modul cum s-a soluţionat de-a lungul anilor, probleme ce păreau altădată nerezolvabile.

Este important de a selecta şi sublinia acele noţiuni, care sînt utile aplicării în practică, scoţîndu-se în evidenţă principiul unităţii dintre teorie şi practică.

Studierea hotărîrilor de partid şi de stat, a legilor şi a regulamentelor de interes general şi din domeniul medicinii este indispensabilă pentru încadrarea în curs, în mod aplicativ, a noţiunilor de legislaţie sanitară şi de cadru organizatoric, necesare viitoarei activităţi practice.

74) AUGIER P. — Tendances actuelles de la recherche scientifique, UNESCO, 1961.
75) WOOD B. — *J. clin. Invest.*, 1952, 31, 611.

Scanned with CamScanner

Cu privire la lecţia clinică

În ceea ce priveşte legarea noţiunilor teoretice de practică, *lecţia clinică* din învăţămîntul medical oferă posibilităţi avantajoase, prin exemplificările numeroase din practica clinică pe care le oferă. Astăzi, nu se mai recurge (sau se recurge foarte rar) la vechea metodă a marilor clinicieni din trecut, de a se prezenta la curs un bolnav, în persoană, ca „un caz ilustrativ", în faţa întregului amfiteatru. O astfel de metodă este inumană şi în contradicţie cu deontologia medicală, fiind exceptate numai cazurile de strictă necesitate, în care s-a obţinut consimţămîntul prealabil al bolnavului.

Lecţia clinică actuală se îmbogăţeşte însă cu : exemplificări de fapte clinice instructive, documente ştiinţifice sub formă de diapozitive, fotografii, preparate microscopice, statistici verificate, imagini radiologice, înregistrări sonore şi chiar transmisiuni televizate din laboratoare ori din sala de operaţii.

Din ce în ce mai mult, s-a introdus în învăţămîntul clinic filmul didactic pe boli ori pe probleme, util atît prin claritatea imaginilor şi calitatea pedagogică a textului explicativ, cît şi în situaţia unor boli care se întîlnesc mai rar, sau aparţin unor alte zone (ca cele tropicale).

O formă modernă şi atractivă a cursului este *lecţia în echipă*, prezentată de către profesor, cu diferiţi specialişti colaboratori ai săi (radiolog, anatomopatolog, specialist de laborator), fiecare expunînd anumite aspecte ale problemei.

O altă formă interesantă de predare a cursului este *prelegerea dialogată* („lecţia întreruptă"), prin folosirea unui dialog cu studenţii şi participarea lor prin întrebări şi folosirea cunoştinţelor anterioare, metodă prin care lecţia devine vie, atractivă, cu un flux de gîndire în dublu sens, între profesor şi studenţi.

În lecţii, trebuie clarificate şi aspectele controversate ale problemei şi prezentată, cu spirit critic, de pe poziţii materialiste, explicaţia justă ori un nou punct de vedere, eventual propriu, dacă acesta apare cel plauzibil. Înfăţişarea luptei de opinii şi orientarea în bibliografia problemei expuse constituie un alt rol al prelegerii.

În expunerea materialului faptic, trebuie subliniate aspecte ale legăturilor şi interrelaţiilor dintre discipline, arătîndu-se *procesul crescînd de intrepătrundere a disciplinelor biologice şi medicale în epoca contemporană*. Cu acest prilej, trebuie subliniat procesul de interacţiune dintre ştiinţe, arătîndu-se cum progresul dintr-o disciplină ştiinţifică are rezonanţe multiple în altele, prin-

Scanned with CamScanner

tr-o influențare pozitivă reciprocă în dezvoltarea lor. Se va evita, astfel, să se creeze impresia unei anumite priorități sau „monopol" al unei discipline științifice față de altele, precum și tendința la exagerări subiective, arătîndu-se, dimpotrivă, unitatea dintre discipline prin variate exemple, ca unitatea dintre funcție și structură etc.

Măiestria expunerii

La aceste aspecte importante, se adaugă acelea care *țin de modul de predare, de măiestria expunerii.* O astfel de „măiestrie" se cîștigă printr-o muncă perseverentă metodologică, printr-o bogată experiență personală, însoțită de mult simț autocritic și prin utilizarea experienței altora. Numeroase sînt elementele de care trebuie să se țină seama în tehnica predării. Menționăm, în primul rînd, *atmosfera de respect,* de respect *academic,* pe care o stabilește profesorul în jurul său, *prin seriozitatea și demnitatea prezenței sale ca și a prelegerii sale,* tot așa cum un mare dirijor obține acea liniște concentrată a sălii pentru o audiție. Captarea atenției auditoriului nu trebuie urmărită însă prin efecte teatrale, cu exhibiții verbale și etalaj de erudiție și nici prin gustul excesiv pentru paradoxuri ori pentru paranteze și digresiuni interminabile. Tot astfel, profesorul trebuie să evite de a se expune atît de mult în lumină, încît atenția auditoriului să se concentreze asupra persoanei sale, în defavoarea urmăririi ideilor și faptelor pe care le expune.

Cursivitatea expunerii, intonația variată, nuanțarea judicioasă, ritmul adecvat, claritatea, terminologia cea mai potrivită și expresivă sînt alte condiții importante ale măiestriei expunerii.

Cu aceste cîteva condiții, de conținut și de metodologie, lecția *ex cathedra* își păstrează în învățămîntul medical imensa ei valoare educativă și de legătură între profesor și student, pentru formarea unui sistem de gîndire creatoare a viitorului medic, pentru ca acesta *să devină un om de metodă,* capabil să descifreze și să rezolve, în mod adecvat, prin metode științifice, bazate pe materialismul dialectic, problemele care i se vor pune în viață și în practica medicală.

Scanned with CamScanner

Redescoperirea clinicii — mereu actuală

Ar părea superfluu, ori chiar bizar, ca să revenim adesea — în vizita zilnică la bolnavi, în conversaţiile cu studenţii, ori prin articole în presa medicală — asupra valorii inestimabile a clinicii în formarea medicilor şi în asistenţa medicală. Două sînt motivele mai importante care ne îndeamnă, totuşi, la o astfel de revenire.

În primul rînd, în ultimii ani, odată cu imensul progres tehnologic, de care a beneficiat larg medicina, şi cu introducerea computerelor în variate activităţi umane — inclusiv şi în asistenţa medicală — au apărut, în presa medicală, o serie de întrebări neliniştitoare, precum : „Moartea clinicii“ ? (76) ; „Formarea clinică nu mai este cerută“ ? (77) sau, în legătură cu introducerea computerelor în medicină, afirmaţii asigurătoare de genul acesta : „Computerul nu va duce la moartea medicinii clinice ; el va conduce la renaşterea acesteia“ (78), precum şi numeroase articole, care pun faţă în faţă judecata clinică şi computerele (79)(80)(81)(82) şi în care se arată ceea ce pot să ofere acestea, în cadrul unei colaborări înţelepte cu clinica.

În al doilea rînd, se remarcă în formarea tinerilor medici şi în pregătirea studenţilor, o tendinţă tot mai accentuată de neglijare, de superficializare a examenului clinic, în favoarea datelor de laborator, solicitate cu precădere în foaia de observaţie şi pe baza cărora îşi clădesc toate ipotezele de diagnostic. Ei cer astfel tot mai multe analize, toate analizele posibile, împovărînd laboratoarele cu solicitări excesive, costisitoare şi păgubitoare pentru eco-

76) BOCOND, GIBOD şi STEG — La mort de la clinique ? citaţi de Guicheney în *Nouvelle Presse méd.*, 1981, 10, 209.
77) HENNEMANN H. — Klinische Ausbildung nicht mehr gefragt ? *Münch. med. Wschr.*, 1979, 121, 44, 1 429.
78) CARD W. — The computer, the clinician and the future, *Practitioner*, 1978, 220, 431.
79) BLOIS M. — Clinical judgment and computers, *New. Engl. J. Med.*, 1980, 303, 192.
80) DE JONG R. — Computer crutches, *J. Amer. med. Ass.*, 1978, 240, 1 176.
81) VOICULESCU M. — Ordinatoarele în medicină. Prezent şi perspectivă, *Viaţa med.*, 1979, 26, 10, 433.
82) SHOOLMAN M., BERNSTEIN M. — Computer use in diagnosis, prognosis and therapy, *Science*, 1978, 200, 926.

Scanned with CamScanner

nomia sanitară, iar ştiinţific condamnabile. Acest efort enorm, care se cere astăzi laboratoarelor, ar putea fi oarecum compensat prin automatizarea procedurilor de laborator, dar clinicianul adevărat va prefera să meargă pe o alegere raţională a analizelor, pe baza experienţei sale clinice.

În lipsa unei formări clinice adecvate, medicul neofit va recurge însă la efectuarea a cît mai multe analize de laborator, pentru a compensa insuficienţa sa clinică, şi va aluneca astfel spre o dependenţă totală de laborator, ceea ce caracterizează acea *medicină impersonală*, cu uitarea omului ca un tot, din multe ţări occidentale.

Dacă la această tendinţă a studenţilor şi a multor medici tineri se adaugă şi subestimarea de către cadrele didactice a formării şi testării clinice a elevilor lor, ne putem întreba dacă nu s-a creat astfel un climat periculos, nu atît pentru „moartea" clinicii, cît pentru desconsiderarea — nemeritată a acesteia.

Ceea ce poate să ofere clinica

De cîteva ori, am revenit asupra valorii pregătirii clinice în presa medicală din ultimii ani (83) (84) (85).

Enumerăm cîteva aspecte convingătoare, despre ceea ce poate să ofere, cu succes, clinica :

— *Un examen complex şi minuţios al bolnavului permite să se obţină cunoaşterea bolnavului, în totalitatea sa.*

„Examenul clinic este un studiu orizontal, *sincronic*, al tuturor părţilor componente ale persoanei bolnave, al somei, dar şi al vieţii psihice, al vieţii sale de relaţie, al comportamentului social, al influenţelor pe care boala le-a imprimat şi al reacţiilor pe care organismul i le opune acesteia" (86).

— Clinica permite utilizarea şi interpretarea corectă a tuturor datelor culese despre bolnav, inclusiv a celor de laborator, pe care numai medicul cu spirit clinic le poate evalua şi cîntări valoarea lor pentru diagnostic.

„Eu nu înclin stindardul clinicii pentru un singur simptom, fie el chiar de laborator", spunea un mare clinician român, profesorul Nanu-Muscel.

83) VOICULESCU M. — A fi clinician, *Viaţa med.*, 1972, 19, 11, 481.
84) VOICULESCU M. — Din atributele medicului clinician, *Viaţa med.*, 1977, 24, 9, 385.
85) VOICULESCU M. — Despre arta de a vorbi bolnavilor, *Viaţa med.*, 1980, 27, 12, 529.
86) GOSSET J. — La formation de l'esprit clinique, *Med. de France*, 1971, 9.

Scanned with CamScanner

— Prima apropiere de bolnav este — și trebuie să rămînă în mod obligatoriu — *cea clinică (clinical approach)*, odată cu o captare psihologică a bolnavului și prin care acesta își dă seama că medicul este preocupat profund de rezolvarea problemei sănătății sale. *Comprendre c'est deja aimer* (Bernanos).

„Clinica este aceea care cere această largă comprehensiune, cu toate semnificațiile acestui termen: a îmbrățișa într-un ansamblu a descifra, a interpreta, a integra" (11).

„Experiența clinică se identifică cu o mare sensibilitate" (M. Foucault) (87).

Dar clinica mai oferă și acea calitate, particulară medicului clinician, o calitate umană complexă, necesitînd însă o anumită calificare și experiență, denumită de unii *simț clinic*, de alții *coup d'oeil médical* (Corvisart), care permite o sinteză imediată intuitivă, sau ceea ce Card (78) a denumit *Pattern recognition* (recunoașterea instantanee a unui model, a unui eșalon, sau profil morbid), printr-un proces cerebral de selectarea, determinat de auz, văz sau miros, pe care un computer nu l-ar putea face. În acest mod, un medic clinician poate pune un diagnostic sigur în cîteva secunde, recunoscînd o simptomatologie similară cu alt caz, văzut cu 10 ani înainte.

— Pe de altă parte, se poate afirma că interpretarea tehnologică a fenomenelor medicale are unele limite (88). Adesea, precizia examenului clinic nu poate fi întrecută nici de testele de laborator. Ilustrativ, în acest sens, este exemplul valorii tactului digital rectal în diagnosticul cancerului de prostată, nedepășit în acuratețea sa de complexitatea celorlalte proceduri de diagnostic de laborator, ca: determinarea fosfatazei acide (prin examen biochimic uzual, prin RIA și CIEP), citologia după masaj prostatic, citologia după aspirație și determinarea dehidrogenazei lactice direct din prostată. O evaluare recentă a acestor teste, efectuată pe 300 de oameni, a arătat clar, că *tactul rectal este procedeul cel mai eficient pentru diagnosticul cancerului de prostată* și totodată cel mai accesibil, în comparație cu celelalte teste de laborator, complexe și costisitoare (89).

— În fine, ceea ce clinica poate să ofere, este corectarea acelei tendințe create de *hiperspecializarea de astăzi*, prin uitarea bol-

87) ECK M. — Naissance de la clinique. A propos du livre de Michel Foucault, *Nouvelle Presse méd.*, 1972, 1, 33, 2 189.
88) GUICHENAY P. — Le français: ne pas désesperer, *Nouvelle Presse méd.*, 1981, 10, 209.
89) GUINAN P. și colab. — The accuracy of the rectal examination in the diagnosis of prostate carcinoma, *New Engl. J. Med.*, 1980, 303, 499.

Scanned with CamScanner

navului ca un tot unitar, ca o ființă cu personalitatea sa, cu particularitățile sale.

Așa cum am mai subliniat, în altă parte (90), *„una din misiunile clinicii și ale clinicianului,* în această epocă de hiperdivizare a medicinii, este tocmai aceea de *a păstra caracterul integrativ al actelor medicale* și de a ajunge la sinteza unor concluzii, necesare pentru bolnav.

Rolul gîndirii clinice în integrarea tehnicii moderne de diagnostic

Trebuie păstrat intact spiritul clinic, gîndirea clinică în educația studenților, ca și în asistența medicală. Nu poate fi încredințată soarta bolnavilor, numai unor rezultate de laborator, luate *ad litteram,* dar a căror interpretare și integrare, în contextul general al diagnozei, o poate face numai medicul clinician. Numai astfel, se pot evita acele situații la care asistăm uneori, cînd bolnavii — cu un teanc de analize în mînă — circulă încoace și încolo pentru lămuriri, obsedați de formularea unor rezultate, de sublinierile cu roșu ale altora, căutînd semnificații și explicații plauzibile pentru suferința lor.

Pe de altă parte, aspectul brut și brutal uneori al rezultatelor de laborator, numai medicul clinician îl poate atenua, pentru a preveni acele efecte negative psihice — iatrogene — pe care le poate declanșa aflarea unor date de laborator cu gravă semnificație. Cu calitatea sa de psiholog și căldura sa umană, medicul clinician va ști să comunice treptat adevărul bolnavului, atît adevăr și într-o formă care să nu-i facă mai rău acestuia.

Prudența, eterna prudență a clinicianului, dubiul critic, deducția logică, dar și intuiția, arta unei conversații atractive, cu valoare terapeutică și, înainte de toate, acea dăruire totală pe care o datorăm bolnavului constituie caracteristici importante ale gîndirii și activității clinice.

Despre caracteristicile gîndirii clinice moderne, despre modul cum se formează, în mod perseverent, prin răbdare, s-a scris adesea, cu mult folos, pentru cei care vor să devină adevărați medici (91).

90) VOICULESCU M. — Gîndirea clinică în cercetarea științifică și în asistența medicală, *Viața med.*, 1974, nr. 2 (septembrie).
91) PURICE S. — Caracteristicile gîndirii clinice moderne, *Contemporanul,* 1981, 7, (13 februarie).

Scanned with CamScanner

Între clinică și computer

Introducerea computerelor (ordinatoarelor electronice) în clinică s-a dovedit de certă utilitate, îndeosebi în anumite sectoare ale activității medicale (81), dintre care pot fi amintite: monitorizarea parametrilor unor bolnavi gravi, interpretarea ECG și EEG, consultarea pentru precizarea de incompatibilități medicamentoase, informații toxicologice, interpretarea unor sindroame rare, prelucrarea datelor statistice, realizarea unor documentări rapide etc.

Concluzia generală, și veridică totodată, este aceea că — în nici un caz — computerele nu trebuie opuse clinicii și nici clinica nu trebuie opusă computerelor, pe poziții adverse. Computerele sînt menite să servească pe medic, eliberîndu-l de sarcini de rutină și plicticoase, fără a-l putea însă vreodată înlocui, și fără a-i putea umbri gîndirea clinică.

Computerul este și va fi un auxiliar prețios în echipa de lucru a medicului, ușurîndu-i munca acestuia, care va avea mai mult timp să gîndească și să judece, *să fie clinician*. Totdeauna, decizia finală va fi umană, a medicului, și nu a mașinii.

Testarea competenței clinice

Recunoscînd valoarea considerabilă și mereu actuală, a gîndirii și a competenței clinice, în asistența medicală, se pune întrebarea cum ar putea fi menținută și ameliorată.

Totul trebuie început de la pregătirea clinică a studenților în facultate, prin modul cum aceștia sînt modelați, formați în spiritul gîndirii clinice, de către maeștrii lor, cadrele didactice și clinicienii cu experiență.

Este evident că, în primul rînd, în pregătirea clinică trebuie să intre numeroase cunoștințe medicale, care constituie o parte importantă a competenței clinice. Este foarte important să fii tratat de un medic competent !

Desigur, cunoștințele medicale pot fi testate ușor prin examene și concursuri. O evaluare precisă, matematică a cunoștințelor, utilizată curent în țările anglosaxone, se realizează *prin sistemul întrebărilor și răspunsurilor multiple (multiple choice tests)* (92), care prezintă însă dezavantajul de a aprecia numai pregătirea teoretică a candidaților. Proba reprezintă mai mult un larg

92) VOICULESCU M. — Unele reflecții pe marginea concursurilor în medicină, *Viața med.*, 1979, 4, 145. Vezi și cap. 8.

Scanned with CamScanner

control al competenţei teoretice, dar nu şi un test de performanţă profesională şi de aceea proba trebuie completată cu teste orale (convorbiri, sondaje privind conduita ca medic şi ca om).

Aşa cum remarcă şi unii autori anglosaxoni (93), în evaluarea competenţei clinice, contează însă şi alte criterii, mult mai dificil de măsurat : judecata clinică, conştiinciozitatea examinării, siguranţa şi încrederea pe care le oferă candidatul.

O astfel de evaluare se poate obţine mai bine, pe lîngă o probă teoretică scrisă (cu mai multe chestiuni), prin probele clinice pe bolnav, aşa cum se practică în ţara noastră, în sistemul concursurilor medicale (mai multe probe).

Faţă de progresul rapid al medicinii moderne, se pune problema unei testări regulate a competenţei clinice, fie prin notări anuale, fie prin concursuri şi obligatoriu prin participarea la şedinţe periodice de referate ştiinţifice, precum şi la manifestări ştiinţifice (comunicări de cazuri clinice instructive, congrese, simpozioane). După Spaulding (93), participarea fiecărui medic, cel puţin 50 de ore pe an, la manifestări ştiinţifice, constituie una din măsurile utile pentru păstrarea şi ameliorarea competenţei clinice.

Din această succintă trecere în revistă, concluzia este clară : clinica este mereu *„redescoperită"* şi considerată ca o necesitate *sine qua non,* chiar dacă pare uneori că a fost uitată ori umbrită de uriaşul progres tehnologic contemporan.

11.

Elogiul lecturii

„Căci nu e alta şi mai frumoasă şi mai de folos în toată viaţa omului zăbavă, decît cetitul cărţilor" spunea, în stilul său arhaic, înţeleptul nostru cronicar Miron Costin (1630—1691), în „Predoslovia" la letopiseţul *„De neamul moldovenilor"*, aducînd astfel unul din cele mai frumoase omagii cărţilor şi o invitaţie la lectură.

Cam tot în aceeaşi vreme, dar în altă ţară, Fr. Bacon (1560—1626) consacră unul din eseurile sale intitulat : *„De studiis et lectione librorum"* („Despre studii şi cititul cărţilor" ; Eseul nr. 50)

93) SPAULDING W. — Should clinical competence be tested regularly ? *J. roy. Soc. Med.*, 1979, 72, 245.

Scanned with CamScanner

(94) tot unei invitații la lectură, la instruire. El spunea, între altele :

„Cititul îl face pe om deplin, convorbirea îl face prompt, iar scrisul îl face exact“ și, mai departe : „studiile își pun pecetea asupra caracterului“.

În textul original, Fr. Bacon s-a exprimat astfel despre citit : „*Reading maketh a full man*“ înțelegînd prin *a full man* un om deplin, în sensul de bogat informat, încărcat de cunoștințe.

Într-un sens asemănător, s-a referit și Mihail Eminescu (1850—1889) la lectură : „numai citind mereu, creierul tău va deveni un laborator nesfîrșit de idei și imagini“.

Un alt poet al secolului, Pușkin (1799—1837) spusese de asemenea : „lectura, iată învățătura cea mai bună“.

Un vechi proverb : „lectura este pentru spirit ceea ce exercițiul este pentru corp“.

Am putea continua cu multe alte citate frumoase de invitație la lectură. Mai este oare nevoie ?

Despre cărți și biblioteci

Pasiunea de lectură se suprapune cu dragostea pentru cărți. La o astfel de meditație despre cărți, m-a îndemnat consultarea unei cărți, apărute acum cîțiva ani în țara noastră și consacrată dragostei și respectului față de carte : „Cartea și bibliotecile“ (95).

Deosebit de instructiv mi s-a părut primul capitol, intitulat „Gînduri despre carte“, în care autorul prezintă o culegere de sentințe și maxime despre carte și citit, datorate unor oameni celebri prin opera lor. Iată cîteva exemple :

„O carte nu se justifică decît atît cît te învață ceva“ (Voltaire).

„Dragostea de carte este un element constitutiv al fericirii“ (Macaulay, 1800—1859).

„Cărțile sînt comorile adunate din epocile trecute“ (J. Lubbock, 1834—1913).

„O carte bună înlocuiește o prietenie ; dar o prietenie nu poate înlocui o carte bună“ (V. Conta, 1845—1882).

La acestea, am putea adăuga și această frumoasă maximă despre cărți, datorată lui Carlyle :

94) BACON FR. — „Essays or counsel civil and moral“, Londra, 1597, traducere de A. Roșca, București, 1969.

95) GEORGESCU-TISTU N. — „Cartea și bibliotecile“, Ed. Științifică, București, 1972.

Scanned with CamScanner

„Tot ceea ce omenirea a dat, a gîndit, a agonisit, a fost și se păstrează, ca într-o magică conservare, în paginile cărților". O frumoasă imagine despre rostul și destinul cărților.

Cărțile se strîng în biblioteci, în case, în instituții, constituind o mîndrie a acestora. Lipsa unei biblioteci într-o casă impresionează neplăcut. Așa cum spunea Edmondo de Amicis (autorul cărții „Cuore", 1846—1908) : „o casă fără bibliotecă este o casă fără demnitate ; are ceva de han".

André Maurois (1885—1969) a spus : „Biblioteca este complementul indispensabil al școlii și al universității. Aș spune cu plăcere că învățămîntul nu este decît o cheie, care deschide porțile bibliotecilor".

Pe frontispiciul Bibliotecii de Stat din Berlin este pusă inscripția *„Nutrimentum spiritus"*.

Sînt mulți oameni iubitori de cărți, mergînd pînă la pasiunea maximă, de colecționarea unor cărți prețioase, rare, sau „incunabule" (cărțile tipărite în primele decenii — pînă în anul 1500 — de la descoperirea tiparului de Gutenberg). Este vorba de o îndeletnicire plăcută, de un *hobby*. O astfel de bibliotecă exprimă mai ales o pasiune de colecționar : o expoziție de cărți rare, ori de impresionante execuții artistice.

Dar, pe lîngă această menire, de a adăposti comori de cărți, pentru a fi admirate, bibliotecile au, în primul rînd, înalta menire de a cultiva și educa oamenii, printr-o circulație mare a cărților, consultate de cît mai mulți oameni. În acest sens larg, social, aprecia Lenin valoarea și utilitatea unei biblioteci :

„Să consideri ca un titlu de mîndrie și de glorie a unei biblioteci publice, nu numărul cărților și al edițiilor din secolul al XV-lea sau al manuscriselor din secolul al X-lea, ci proporțiile circulației cărților în popor, numărul noilor cititori, promptitudinea cu care este satisfăcută orice cerere de carte, numărul cărților date spre citire acasă".

O adevărată bibliotecă *trebuie deci să fie vie*, să trăiască prin abundența consultării cărților de cît mai mulți cititori.

„Sînt cărți și cărți"

Nu toate cărțile merită timpul nostru de lectură. Iată cum se exprima, în acest sens, Mihail Sadoveanu într-un articol intitulat „Laudă cărții" :

„Sînt cărți și cărți. Unele sînt destinate pieirii chiar de la început, căci nu-s lumină din lumina umanității. Altele sînt desti-

Scanned with CamScanner

nate să supravieţuiască atît cît va fi om trăitor sub soare : în acestea, se cuprind aspiraţiile şi idealurile generaţiilor, acestea sînt moştenirea noastră cea mai bună".

Tot atît de diferenţiat vedea şi Fr. Bacon (1560—1626) abordarea cărţilor, exprimîndu-se astfel :

„Unele cărţi se cuvine să fie degustate, altele să fie devorate şi unele, puţine, să fie mestecate şi digerate ; adică, din unele cărţi nu trebuie citite decît unele părţi ; alte cărţi trebuie citite de la un capăt la altul, dar nu în chip meticulos, iar unele, puţine, să fie citite în întregime, cu deosebită luare aminte" (1).

Pe un alt plan, cărţile diferă şi prin orientarea conţinutului lor. Sînt cărţi care te îndeamnă la gîndit, te inspiră creator — acestea sînt cele mai preţioase. Sînt apoi cărţi de pură informaţie, de documentare. Cele mai multe sînt cărţile de ficţiune, creaţii literare de mare (ori redusă) valoare. Unele par destinate numai *pour passer le temps.*

Sînt şi unii oameni care strîng cărţi doar pentru a le pune în biblioteci (cu rol decorativ sau din lipsă de timp pentru lectură ?). „Este mult mai simplu să cumperi cărţi decît să le citeşti ; şi mai uşor să le citeşti, decît să le absorbi conţinutul" *(Brit. Med. J.,* 1909, 2, 925).

În acest sens, trebuie reţinut şi acest frumos comentar a lui Goethe : *„Ein Buch wird doch immer erst gefunden, wenn es verstanden wird"* (o carte este pentru prima oară descoperită, atunci cînd este şi înţeleasă).

Există însă şi pericolul abuzului de lectură, în detrimentul unei activităţi creatoare. Trebuie, de aceea, păstrată o dreaptă cumpănă între lectură şi experienţa vieţii, a unei vieţi creatoare. „Dacă vrei să citeşti prea mult, vei descoperi şi vei inventa mai puţin" (K. Sternberg).

Nu găsim aici ceva mai potrivit, un sfat mai înţelept pentru dimensiunile lecturii, decît următoarele versuri, datorate lui J. W. Goethe (şi cu care noi am încheiat prefaţa unui tratat de boli infecţioase, ca o recomandare finală pentru cititori) :

„Ein Blick in's Buch und zwei in's Leben
Das wird die rechte Form dem Geiste geben"

(O privire în carte şi două în viaţă.
Aceasta este adevărata formă pe care s-o dăm spiritului).

Scanned with CamScanner

Selectarea publicaţiilor pentru lectură

În vremea noastră, se scrie şi se publică enorm în toate domeniile literaturii şi ştiinţei. Din nefericire, foarte multe scrieri sînt nefolositoare, pieritoare, inutile, eronate ori chiar vătămătoare.

De aceea, o condiţie a utilităţii lecturii este o justă alegere a cărţilor şi a altor publicaţii. A alege o *carte utilă* necesită, într-adevăr, un grad de discernămînt, o anumită experienţă a lecturii. Este adevărat că dacă străbunii noştri îşi procurau cărţile cu greutate, astăzi, dificultatea stă în a alege (J. Lubbock). Căci nimic nu poate educa sau strica atît de mult ca o carte greşit aleasă, sau o carte, care — după lectură — ne apare inutilă, ne dăm seama că ne-a consumat un timp preţios. Pentru aceste motive, activitatea de selectare a ceea ce este util de citit trebuie făcută sub semnul *unei mari responsabilităţi* sau după sfatul unor persoane competente, ori al unor recenzii critice de valoare recunoscută.

„Arta lecturii implică deci şi arta de a nu citi" (G. Straton).

Lectura medicului

Meditînd la valoarea lecturii, ca instruire continuă, ne îndreptăm gîndul către lectura medicilor, activitate care poate fi apreciată ca o condiţie *sine qua non* pentru calitatea asistenţei medicale.

„Un medic care citeşte puţin nu poate fi un medic bun", a spus un mare clinician W. Osler (96).

Trebuie să recunoaştem că, în rîndurile medicilor practicieni, există unele tendinţe în defavoarea lecturii, acuzîndu-se lipsa de timp, oboseala practicii, greutatea alegerii cărţilor bune. Se poate spune că una din cursele cele mai perfide pe care practica medicală le poate întinde medicului este aceea de a-l ispiti la rutină, la un practicism îngust, în defavoarea lecturii zilnice, a instruirii. Faţă de acest pericol, al sărăcirii treptate intelectuale, nu există decît un singur remediu, care derivă — de altfel — dintr-o foarte veche responsabilitate medicală, formulată astfel de Hipocrate :

„Jur că mă voi instrui toată viaţa".

Această responsabilitate este nu numai de ordin profesional, dar trebuie concepută şi ca o obligaţie morală, care să se încadreze în deontologia medicală.

96) KEYNES G. — The Oslerian Tradition, *Brit. Med. J.*, 1968, 2, 599.

Scanned with CamScanner

Un adevărat medic nu ar putea să lase să treacă nici o zi fără lectura unei reviste, a unui articol, a unui pasaj sau a unui capitol dintr-o carte, atît pentru cultura sa generală, cît şi pentru aceea medicală, de specialitate. Nu am greşi, deci, dacă apreciem valoarea şi cultura unui medic după biblioteca sa, cu cărţi şi reviste bine selectate şi mai ales consultate şi folosite, *o bibliotecă vie.*

În acest mod, orizontul culturii şi al informaţiei sale se va lărgi tot mai mult, spre creşterea calităţii asistenţei medicale şi — implicit — a prestigiului profesiunii medicale.

12.

Despre cartea medicală

Habent sua fata libelli (au şi cărţile soarta lor) spunea un vechi aforism latin, care îşi păstrează intactă actualitatea şi astăzi. Într-adevăr, nu toate cărţile au aceeaşi valoare şi aceeaşi soartă. Unele sînt perene şi de importanţă universală, altele sînt de la început caduce şi menite uitării definitive. Sînt cărţi şi cărţi : unele de valoare epocală, care învinge vremea şi se vor retipări mereu — cărţi de ştiinţă, filozofie şi literatură ; altele însă — cele mai multe — nu rezistă timpului, au o apariţie meteorică ori se ofilesc repede, sau (şi mai rău) eşuează de la început, ajungînd materie primă pentru hîrtie.

Soarta unei cărţi depinde nu numai de conţinutul ei instructiv, util, interesant ori recreativ, dar şi de calităţile literare, de claritatea redactării şi de atractivitatea stilului. Sînt cărţi care se citesc cu plăcere şi altele care „se digeră" greu.

Aceste condiţii sînt valabile şi pentru cărţile ştiinţifice şi, în mod deosebit, pentru tratate şi monografii.

De aceea, alegerea unei cărţi din avalanşa actuală de publicaţii constituie o adevărată artă sau, cel puţin, necesită o experienţă, eventual orientarea după recenzii critice.

În ceea ce priveşte valoarea timpului, pentru majoritatea cărţilor ştiinţifice, soarta lor este încă şi mai crudă. Cu excepţia cîtorva cărţi epocale, de referinţă — adevărate pietre de hotar în progresul ştiinţei — imensa majoritate sînt date uitării, cu toată utilitatea lor informativă şi educativă pentru vremea lor. Aceasta se datoreşte, în primul rînd, uluitorului progres ştiinţific, ceea ce face ca, la fiecare 3—5 ani, o carte de ştiinţă — de sinteză — să-şi

Scanned with CamScanner

piardă valoarea informativă, prin noile achiziţii ştiinţifice, care ar trebui introduse. Chiar şi cărţile cu contribuţii originale, monografii, pot fi depăşite prin altele mai bune.

„Timpul hotărăşte cu cruzime soarta cărţilor de acest fel", spunea profesorul C. Ionescu-Mihăeşti, în prefaţa unei cărţi de epidemiologie, referindu-se la creşterea rapidă a noilor achiziţii ştiinţifice de specialitate (97).

Remediul pentru acele cărţi ştiinţifice cu tradiţie, tratate sau manuale, care trebuie să rămînă, *constă din reeditări succesive*, în sensul cum vom arăta mai departe (cu revizuiri şi adăugiri repetate).

Cărţile medicale : în creştere exponenţială

Cu toată bogăţia şi varietatea mijloacelor audio-vizuale moderne, pentru informare şi documentare, cărţile îşi păstrează nealterată valoarea lor. După cum arată Moore (98), citînd *The American Association of Publishers*, în anul 1969 au apărut în S.U.A. 1 500 de cărţi medicale noi ; în 1979, cifra lor a crescut la 3 200, iar în 1980 a crescut la 3 500. Domeniul editării de cărţi medicale se află deci în plină prosperitate ! *Un aspect remarcabil este faptul, citat de acelaşi autor, după care circa 10% din toate cărţile noi care apar într-un an sînt din domeniul biomedical*, procent care depăşeşte larg cărţile apărute în alte segmente profesionale : ingineresc, juridic etc. *Acest aspect este semnificativ pentru atenţia care se acordă astăzi sectorului biomedical în cercetare şi publicistică.*

Pentru unele ţări, ca S.U.A., editarea de cărţi medicale a devenit o adevărată industrie rentabilă, vînzările de cărţi medicale ajungînd la 110,8 milioane dolari în anul 1979 (cu 6 310 000 exemplare), dintre care 15—18% pentru export (98). O carte de succes de medicină, chirurgie ori anatomie, ajunge la 30 000—40 000 exemplare în S.U.A. (99). Ţinem să menţionăm că, şi în ţara noastră, se realizează tiraje apropiate. Astfel, cartea *„Boli infecţioase. Clinică şi epidemiologie"* (99), apărută în 1981, editată în 15 000 exemplare, s-a epuizat în cîteva luni. Editura Medicală din Bucureşti, ca şi edituri din alte centre universitare, acordă toată

97) IONESCU-MIHĂEŞTI C. — Prefaţă la vol. „Epidemiologia şi profilaxia bolilor infecţioase" de Popescu şi Panaitescu, Bucureşti, 1935.
98) MOORE FR. — The Medical Book Business, *New Engl. J. Med.*, 1981, 305, 112.
99) VOICULESCU M. — Boli infecţioase. Clinică şi Epidemiologie, ed. a III-a, Ed. medicală, Bucureşti, 1981.

Scanned with CamScanner

atenţia cărţilor medicale, răspunzînd astfel la cererile mereu crescînde pentru documentare ale celor aproape 40 000 de medici din ţara noastră.

În acelaşi timp, şi în acelaşi scop, al informării, se constată o afluenţă crescîndă de cititori în bibliotecile medicale. Moore, citat mai sus, arată că biblioteca medicală Harvard din Boston a fost vizitată în 1979 de 305 781 cititori, cu o creştere de 15% la fiecare 5 ani.

Fenomenul editării unui număr crescînd de cărţi medicale corespunde unor necesităţi reale, privind atît documentarea unui număr crescînd de medici, cît şi prin marea dezvoltare a cercetării ştiinţifice biomedicale, în ultimele decenii.

Tendinţe în publicarea de cărţi medicale

Pe lîngă aceste motivări reale, există şi unele tendinţe negative, de ordin subiectiv şi organizatoric, care contribuie la inundarea literaturii medicale cu unele cărţi, nu atît de necesare pentru a fi tipărite, fie pentru că reprezintă lungiri inutile a unor lucrări, care ar putea să apară ca articole, fie pentru că constituie suprapuneri, prin apariţia concomitentă a aceleaşi teme în edituri diferite (duplicate, repetări nedorite). Unii pledează pentru o competiţie de tipărituri, de acelaşi gen ; dar, o selecţie obiectivă, în cadrul unui plan anual de apariţie, elaborat prin înţelegere între toate editurile, ar putea mai bine, în fiecare ţară, să evite suprapunerile de editări de cărţi cu acelaşi subiect. Evident, un aport original sau un mod nou de a privi aceeaşi temă, nu trebuie împiedicate să se afirme, aceasta fiind chiar de dorit.

Un exces, care trebuie temperat, este acela al unor autori lipsiţi de experienţa de specialitate, care ţin să publice cu orice preţ cărţi, în care sintetizează din lecturi, ceea ce au lucrat alţii, fără contribuţii personale deosebite şi fără suficient spirit critic, pentru selectarea a ceea ce este indicat din cele citite. Interese personale — materiale ori de promovare — îndeamnă însă pe unii la această încălcare a eticii publicaţiilor ştiinţifice, la care ne-am referit acum cîţiva ani, într-un editorial (100). *A scrie este deci şi o chestiune de probitate, de etică.*

„Unele cărţi par a fi scrise nu pentru a învăţa ceva din ele, ci pentru a afla că autorul lor a ştiut ceva", spunea Goethe.

100) VOICULESCU M. — Unele aspecte din etica publicaţiilor ştiinţifice, *Viaţa med.*, 1977, 2, 49.

Scanned with CamScanner

O carte nu trebuie scrisă de dragul scrisului și în nici un caz din interese personale. Trebuie ca autorul să fi acumulat pînă atunci multă experiență, din clinică, din cercetări, din lecturi. *S-a spus că cel mai bine ar fi să pornești să scrii o carte, după vîrsta de 35 ani.*

Evident, nimeni nu poate fi împotriva publicării unor contribuții originale la o vîrstă foarte tînără. Dar, în acest scop, stau la dispoziție revistele medicale, cu apariție mai rapidă, pentru asigurarea priorității. Pentru a scrie un tratat, se cere însă o îndelungată experiență. În prezent, cele mai căutate sînt *tratatele sintetice,* în 1—2 volume, pentru un domeniu de specialitate (pneumologie, cardiologie, boli digestive, boli infecțioase etc.), în care textul trebuie obligatoriu debarasat de amănunte inutile, de noțiuni depășite și de prezentări sofisticate, care duc la un fenomen de „rejet" din partea cititorilor sau de abandonare în fundul bibliotecii.

Un alt aspect, care trebuie controlat cu atenție, privește *dimensiunea excesivă a unor cărți,* o însușire care nu face decît să dăuneze lecturii și utilității acestora. Sînt autori care nu pot să scrie concis, care suferă de acea „hiperplazie verbală", cum a fost denumită de unii această „boală" (101), autori care nu se pot debarasa de amănunte inutile, sau care lungesc textul, pur și simplu, din interese pecuniare. Ni se pare potrivit să reamintim și aici acel sfat al clinicianului elvețian Maurice Roch, care propunea, în mod laconic, celor ce vor să scrie, 3 condiții :

— să ai ceva de spus ;

— să știi să spui, ceea ce e de spus ;

— să te oprești (la timp), după ce ai spus, ceea ce era de spus.

Evident, nu orice medic deține calitățile necesare scrierii unei cărți. Cineva aprecia că numai circa 5% din totalul medicilor ar poseda arta scrisului (98). Există destui mari cercetători și mari clinicieni, care nu s-au putut exprima prin scrieri de cărți. Găsirea unor autori, care să posede calitățile scrisului medical este indispensabilă pentru succesul cărții medicale și siguranța editorului.

Mari dificultăți, din cauza inegalității acestor calități, necesare scrisului medical, survin în elaborarea unor tratate scrise în asociere cu 5—50 de colaboratori *(contributors).* La acele dificultăți, care țin de defecțiuni în omogenizarea tratării, se adaugă altele, create prin suprapuneri, repetări și opinii divergente asupra unor subiecte similare.

101) QUAI E. — Verbal hyperplasia: new thoughts on an old disease, *J. Amer. med. Ass.*, 1965, 192, 118.

Scanned with CamScanner

„După ce numărul autorilor depăşeşte 12—15, eficienţa unui volum apare invers proporţională cu numărul colaboratorilor" (102). Utilizarea de numeroşi autori pentru o carte trebuie să rămînă restrînsă, pentru anumite tratate de mari dimensiuni sau pentru lucrări provenite din simposii. În general, elaborarea unei cărţi de către un singur autor sau de către 2—3 colaboratori, rămîne soluţia cea mai bună.

Pe bună dreptate, editurile atrag astăzi atenţia autorilor despre *costul exorbitant pe care îl necesită dotarea unei cărţi cu ilustraţii colorate* (în special atlase şi monografii), ceea ce ridică considerabil preţul cărţilor respective (98).

Cărţi cu subiecte medicale pentru populaţie

O altă tendinţă interesantă, care se remarcă în ultimul timp, *constă din publicarea şi cererea tot mai mare de cărţi de propagare a cunoştinţelor medicale în marele public,* precum şi cărţi cu subiecte situate la frontiera dintre medicină şi alte sectoare ale culturii şi tehnicii. Cărţile de popularizare a cunoştinţelor medicale au devenit pentru edituri veritabile *best-sellers* în toate ţările. Un exemplu, din multe altele, îl constituie în ţara noastră *„Medicina în familie"*, apărută în 3 ediţii la Editura Medicală, ultima ediţie cu 92 000 de exemplare, fiind de mult epuizată (103) ; a 4-a ediţie se află în preparare.

Tot atît de interesante şi foarte cerute sînt cărţile de literatură cu subiect medical, scrise unele de medici scriitori, ca : A. J. Cronin (Citadela), S. Maugham (Of human bondage), A. P. Cehov (numeroase nuvele), Knittel (El Hakim), T. Ghiţescu (Chirurgul), Korneiciuk (Platon Crecet) etc.

Alte cărţi dezvăluind din misterele medicinii ori din aspectele favorabile şi mai ales nefavorabile, criticabile, ale medicinii, au apărut în număr şi mai mare, din care citäm cîteva : nuvela lui M. Crichton, intitulată „The Andromeda Strain" (subiectul privind o urgenţă epidemiologică, provocată de reîntoarcerea pe pămînt a unui satelit contaminat), cartea sociologului mexican Ivan Illich, intitulată „Medical Nemesis" (care încearcă să denunţe o „expropriere a sănătăţii" de către medici) sau cartea „American Medical Machine" de A. Ribicoff etc. Într-un articol recent, L. Borgenicht

102) * * * — Book of multiple autorship, *J. Amer. med. Ass.*, 1963, 185, 722.
103) VOICULESCU M. — (sub redacţia) : Medicina în familie, ed. a 3-a. Ed. medicală, Bucureşti, 1975.

Scanned with CamScanner

a putut strînge o bibliografie de 74 de cărţi cu astfel de subiecte medicale, apărute numai în S.U.A., în ultimii 15 ani (104). Toate aceste cărţi s-au bucurat de tiraje considerabile, iar unele din ele au fost transformate în scenarii de filme.

Reeditările : o necesitate pentru cartea ştiinţifică medicală

Unele cărţi medicale — şi poate cele mai multe — sînt sortite să apară într-o singură ediţie, fie pentru că prezintă un interes numai pasager, fie pentru că prezintă un interes îngust şi tirajul a fost suficient pentru o lungă perioadă de timp, fie pentru că lucrarea n-a avut succesul scontat, sau în fine, pentru că însuşi autorul renunţă s-o mai revadă şi s-o reediteze.

Sînt însă cărţi, am spune autoritative, proeminente, de un interes atît de mare şi atît de bine scrise, *încît se impun, prin valoarea lor, pentru reeditări succesive.* În acest mod, s-au remarcat, în diferite ţări şi chiar pe plan mondial, anumite tratate sau manuale, care au continuat să apară în mai multe ediţii succesive. Am putea cita, în acest scop, din literatura medicală anglo-saxonă, celebrul tratat de medicină internă Cecil-Loeb, care sub redacţia ulterioară a lui Beeson, McDermott şi Wyngaarden a ajuns la a XVI-a ediţie (în 1982) ; tot astfel, tratatul lui Harisson (mai multe ediţii) şi Extra-Pharmacopeea lui Martindale, ajunsă la a XXVII-a ediţie (!) şi altele.

Astfel de cărţi, cu reputaţie universală, devenite „clasice", sînt reeditate periodic, dar evident, cu revizuiri şi întregiri repetate, cerute de progresul ştiinţific la zi. Cît de mult se poate modifica şi mai ales amplifica o astfel de carte, de-a lungul anilor, rezultă şi din controlul greutăţii fizice a fiecărei ediţii. Astfel, pentru tratatul de medicină internă Cecil-Loeb, s-a constatat o curbă de creştere continuă a cărţii, care a crescut în kilograme, de la 2,475 kg cît cîntărea ediţia a V-a (din 1940), la peste 4 kg pentru ediţia a XV-a (din 1979).

O astfel de tradiţie, a reeditării unor cărţi de valoare, care realizează o continuitate şi o sinteză între cunoştinţele fundamentale clasice şi cele moderne, trebuie înţeleasă şi respectată. Cu cît există mai multe cărţi reeditate, datorită valorii lor, cu atît mai mult se impune valoarea şi continuitatea unei şcoli medicale, a medicinii dintr-o anumită ţară.

104) BORGENICHT L. — American Medicine : An Annotated Bibliography, *N. Engl. J. Med.*, 1981, 304, 1 112.

Scanned with CamScanner

În țara noastră, reeditările — cu revizuiri și întregirile necesare — sînt prevăzute pentru manualele universitare, la intervale de 3—5 ani.

Ne întrebăm, însă, pentru ce o valoroasă carte medicală ca aceea elaborată de Hațieganu și Goia, care a cunoscut atît succes în toată țara, nu a mai fost reeditată de continuatorii școlii medicale de la Cluj, cel puțin o dată, dacă nu în mai multe ediții ?

Necesitatea unor recenzii medicale critice

Se poate afirma că, la creșterea calității cărților medicale, un rol important revine recenziilor de cărți nou-apărute. Pentru aceasta, trebuie reținut însă *că funcția principală a unei recenzii de carte medicală constă din a analiza, în mod obiectiv, valoarea științifică și utilitatea unei cărți și a le semnala cititorilor cu calitățile și defectele constatate.* În acest scop, se apreciază, pe lîngă conținutul științific al cărții, stilul și claritatea exprimării, contribuția originală, ilustrarea cărții, precum și eventualele omisiuni și erori. Se fac comparații cu cărți similare și se apreciază adresabilitatea lucrării : *cui prodest ?* (cititorilor sau numai autorului ?!).

Toate aceste elemente de analiză, cu constatările făcute, servesc nu numai evaluării cărții pentru cititori, dar și autorului respectiv, ca și altor autori, pentru o continuă ameliorare a cărții respective ori pentru scrierea altor cărți, a scrisului medical în genere.

Apar prea des, însă, recenzii pur formale și greu suportabile de citit, deoarece conțin numai aprecieri laudative, adresate autorului și cărții, fără nici un element critic, fără nici o recomandare de îndreptări pentru viitoarele ediții sau pentru îmbunătățirea activității publicistice a autorului. Astfel de recenzii, pur omagiale — adevărate madrigaluri sau ode adresate autorului — creează cititorilor un sentiment de neîncredere și suspiciune, cu tendința firească de a le ocoli și a nu pierde timpul cu lectura lor.

Adevăratele recenzii cuprind o analiză aprofundată și critică, bazată pe mai multe criterii, dintre care cîteva, mai importante, le-am amintit mai sus. Numai astfel de recenzii pot contribui la ameliorarea scrisului medical, calitate de care atît de multe cărți medicale suferă.

Scanned with CamScanner

13.

Documentarea medicală: posibilități, limite și orientări actuale

Orice medic — conștient de formarea și perfecționarea sa profesională — resimte, tot mai puternic, în perioada actuală, povara grea și crescîndă a documentării medicale. Dimensiunile cunoașterii medicale au atins astăzi limite, care pun la grea încercare capacitatea de asimilare a omului în scurta durată a existenței sale.

Vita brevis, ars longa se spunea despre medicină, pe vremea lui Hipocrate. Dar astăzi ?

Dacă ne referim numai la documentarea medicală, este suficient să amintim că numărul total al periodicelor medicale în lume este de peste 5 000 (105). Dintre acestea, cunoscuta colecție *Index Medicus* (denumită și *Cumulated Index Medicus)* indexează circa 2 500 de reviste medicale, cu aprox. 250 000 de articole pe an.

Ce se poate face în fața acestei avalanșe a informațiilor ? Orice medic conștiincios, restrîngîndu-se numai la specialitatea sa, se simte anxios și vinovat față de obligația „de a fi la curent cu literatura".

Documentarea „în kilograme"

Deosebit de expresive ni se par 2 exemple, prin care s-a evaluat „în kilograme" dimensiunile actuale ale documentării medicale.

Astfel, într-un număr recent al unei cunoscute reviste medicale (106), s-a publicat un studiu comparativ asupra colecției *Index Medicus*, între 1879 (anul înființării) și situația din 1977.

Evaluarea s-a făcut în mod original, prin cîntărirea în kilograme a volumelor colecției, în 1879 și apoi în ceilalți ani pînă în 1977. Rezultate : cu mici variații, greutatea volumului anual al acestei publicații a rămas, timp de aproape 60 de ani, *în jurul a 2 kg ;* pentru o perioadă de 10 ani (1946—1955), greutatea volumului anual *s-a dublat brusc* la 4 kg ; după 1955, greutatea anuală

105) RELMAN A. — Are we a filter or a sponge ? *New Engl. J. Med.*, 1978, 299, 197.

106) BURACK D. — The weight of medical knowledge, *New Engl. J. Med.*, 1978, 298, 773.

Scanned with CamScanner

a volumului a crescut de peste 7 ori, ajungînd la 30 kg anual (106). De la un singur volum, în care a apărut această colecție, în 1879 și în deceniile următoare, s-a ajuns în ultimii ani, *la 8 volume, apărute anual, cu articole indexate.* Pentru a fi mai expresiv, autorul studiului a fotografiat un documentarist stînd în picioare, zîmbitor, lîngă singurul volum *Index Medicus* din 1879 și apoi aceeași persoană stînd cu capul aplecat și melancolic, lîngă cele 8 volume apărute în 1977. În final, se apreciază că în 1985 cele 200 de volume de *Index Medicus* (cu titlurile articolelor și numele autorilor) apărute pînă atunci, vor cîntări în total 1 000 kg.

O altă evaluare interesantă, de aceeași factură, s-a făcut prin cîntărirea comparativă a diferitelor ediții, apărute între 1940 și 1975, ale cunoscutului tratat de medicină internă, editat de Cecil și Loeb și, ulterior, de Beeson și McDermott. Un recenzor al acestei valoroase cărți, s-a amuzat să cîntărească fiecare ediție, *constatînd o curbă de creștere continuă, exprimată în kilograme.* Astfel, în timp ce ediția a V-a, apărută în 1940, cîntărea numai 2,475 kg, ediția a XI-a ajunsese la 3,825 kg (106). Ediția din 1975 (cîntărită de subsemnatul) a depășit 4 kg.

Aceste exemple, foarte sugestive, subliniază marea „povară" a cunoștințelor medicale actuale, din care medicul trebuie să se documenteze, să extragă ceea ce este util pentru perfecționarea sa și preocupările sale.

Acționează revistele medicale ca un filtru al publicațiilor ?

Abundența de reviste medicale, cu sutele de mii de articole care apar în fiecare an, ridică în mod justificat întrebarea : trebuiau toate aceste articole să fie tipărite ?

Dacă am asculta pe Th. Fox, un fost editor al revistei *Lancet*, acesta spunea, cu sarcasm și cu o anumită exagerare : „90% din ceea ce se scrie nu ar trebui tipărit și 90% din ceea ce s-a tipărit nu ar merita să fie citit".

Acționează în acest sens, în sensul unui filtru de calitate, revistele medicale ?

Dacă ne-am conduce, după cum procedează unele reviste, s-ar părea că da. Astfel, după A. Relman (105) revista *Journal of Clinical Investigantion* publică numai 1/3 din manuscrisele care i se

Scanned with CamScanner

adresează, iar revista *New England Journal of Medicine*, publică numai 15% din ceea ce primește.

Dar ce se întîmplă cu articolele refuzate ? După ancheta aceluiași autor, circa 85% din aceste articole se publică în alte reviste, de circulație mai restrînsă și cu o exigență mai redusă. Concluzia finală : revistele medicale în totalitatea lor, acționează mai mult ca un „burete" decît ca un filtru (105). S-ar putea vorbi chiar de o inflație a publicațiilor medicale.

Pentru editorul unei reviste, pentru colegiul redacțional al acesteia, trierea articolelor primite nu este de loc ușoară, fiind deseori în situația de a oscila — pe de o parte — între greșeala de a respinge publicarea unei contribuții originale, care s-ar dovedi ulterior de mare importanță, și — pe de altă parte — de a se înșela, fiind prea îngăduitori cu autorul, în defavoarea cititorilor.

Responsabilitatea revistelor medicale devine, astfel, foarte mare, ținînd seama de obiectivele esențiale ale presei medicale, enunțate astfel de Uniunea internațională a presei medicale, pe care le reamintim și aici :

— difuzarea lucrărilor științifice, în vederea contribuției la progresul medicinii ;

— învățămîntului postuniversitar al medicilor, pentru ca bolnavii să beneficieze de noile achiziții ale medicinii.

Căutînd să satisfacă astfel atît autorii, cît și cititorii, revistele medicale nu pot renunța însă la o selectare cît mai exigentă a materialului pe care îl publică, pentru asigurarea calității, în avalanșa actuală de informații.

Orientări în documentarea medicală

În situația actuală, cînd se folosește curent expresia de „explozie informațională" în toate domeniile, inclusiv în medicină, ce poate să facă medicul pentru documentarea sa ?

Acum 100 și ceva de ani, în 1870, un cercetător în domeniul fiziologiei putea să citească tot ceea ce apărea într-un an în specialitatea sa în decurs de 37 zile și 4 ore. În 1960, pentru a citi cele 350 000 de pagini de lucrări de fiziologie publicate într-un an, i-ar trebui circa 3 ani și 161 de zile de lectură neîntreruptă (107). După H. Schaffer, unui profesor universitar astăzi i-ar trebui 60 de ore pe zi, ca să se țină la curent cu publicațiile care apar în domeniul său !

107) WAGNER G. — Aktuelle Probleme auf dem Gebiet der Dokumentation, *Münch. Med. Wschr.*, 1968, 3, 133.

Scanned with CamScanner

În funcție de această progresiune considerabilă a lecturii medicale, medicul de astăzi nu mai poate spera să citească „în direct" decît o mică parte din domeniul specialității sale. Astfel, un cercetător microbiolog, care se ocupă cu studiul brucelozei într-un institut de cercetări, îmi mărturisea că îi este imposibil să citească tot ceea ce apare într-un an cu privire la genul *Brucella*. Și, să nu uităm, că *cercetătorul*, preocupat în mod firesc, de un domeniu foarte restrîns al științei medicale se află, din punctul de vedere al documentării în situația cea mai favorabilă. El poate avea chiar timpul să consulte regulat *Index Medicus*, cu titlurile articolelor apărute în problema studiată, fără a putea însă, totdeauna, să le și consulte pe toate, cu dubla exigență necesară : rapid și exhaustiv. Oricum, pentru un cercetător este indicat de a consulta articolele în original și nu rezumatele dintr-o revistă analitică.

Ce se poate face pentru ceilalți medici, din spitale și medici generaliști din teren ?

Pentru medicii dintr-un spital universitar, se poate realiza o documentare organizată, în echipă, cu sarcini stabilite pe reviste sau pe probleme și cu un fișier ținut la zi.

Pentru medicul practician, medicul generalist, situația este mult mai grea. Ținînd seama de profilul său, el are nevoie de o cunoaștere cît mai panoramică a progreselor medicale, din diferite domenii, ceea ce — în situația actuală a dezvoltării „explozive" a cunoștințelor medicale — apare ca ceva greu de imaginat și de realizat. Cu toate aceste dificultăți, medicul generalist trebuie informat, în sensul cel mai larg. Așa cum formulează foarte bine Fabiani (108), acest medic „are nevoie de sinteze clare, concrete, fără erudiție excesivă, cum sînt acelea ale enciclopediilor, cu puneri la punct periodice, sau cum sînt articolele de informare medicală generală, cu rubrici ca : puneri la punct, actualități, sinteze, medicină practică, învățămînt postuniversitar. Din păcate, se găsesc prea puține persoane, care să scrie astfel de articole (care aduc, probabil, autorilor mai puțină satisfacție decît o carte sau un articol original).

Posedarea și consultarea unei reviste cu un astfel de conținut este indispensabilă pentru medicul generalist. Documentarea sa se poate îmbunătăți cu un fișier personal, întreținut la zi, și organizat după diferite sisteme, care s-au recomandat în reviste.

108) FABIANI G. — Les differents utilisateurs de la documentation medicale, *Presse méd.* 1971, 40, 1 763.

Scanned with CamScanner

Forme moderne de documentare

Faţă de necesităţile mari ale informării medicale, se degajă următoarele tendinţe şi forme moderne de documentare.

Revistele cu rezumate ale articolelor, pe specialităţi, sînt acelea consultate din ce în ce mai mult şi cu profit *(Index Medicus, Referativnîi Jurnal* etc.).

În diferite ţări, s-au dezvoltat centre de documentare medicală. Astfel, în ţara noastră, există C.D.M. al Ministerului Sănătăţii ; în Franţa, „Repertoire Biomed", „Bulletin signalétique du C.N.R.S." etc. stau la dispoziţia medicilor. Există, de asemenea, şi un sistem modern de *prelucrare electronică* a datelor din literatura medicală cum este MEDLARS *(Medical Literature Analysis and Retrieval System)*, care funcţionează în S.U.A. din 1964, analizînd anual 2 500 reviste medicale cu aprox. 250 000 de articole, care pot fi solicitate de medici.

S-au făcut sugestii pentru un *jurnalism medical cotidian* (109). Un astfel de sistem de informare (dificil de realizat) ar fi necesar pentru 2 motive :

— orice practician trebuie pus, cît mai rapid, la curent cu actualitatea medicală ;

— ritmul de publicare a manuscriselor articolelor originale nu mai corespund ritmului accelerat al ştiinţei contemporane.

Se apreciază, astfel, că de 50 de ani încoace trebuie aproape 1 an, pentru ca un text ştiinţific să fie publicat, ceea ce este excesiv de mult, în timp ce informaţiile cotidiene sînt predate aproape instantaneu publicului (109). Este necesar, deci, să se scurteze timpul de aşteptare al publicării articolelor medicale originale, ţinînd seama de interesul priorităţii autorului şi de necesitatea difuzării în toate ţările a descoperirilor.

Se consideră că cele mai multe reviste medicale acţionează mai mult ca „arhive medicale" şi, în general, ele nu mai corespund în mod satisfăcător ritmului rapid necesar publicării articolelor medicale, nici chiar pentru cele originale.

De aceea, în ultimii ani, multe reviste medicale (săptămînale sau lunare) au recurs la măsuri pentru creşterea rapidităţii comunicării informaţiilor, printr-o mai bună utilizare a spaţiului şi înse-

109) * * * — *Nouvelle Presse méd.*, 1972 (18 Nov.), 2 777.

Scanned with CamScanner

rarea de articole scurte, adnotări, editoriale, referate generale, actualităţi, recenzii şi referate, oferind astfel cititorilor un spectru mai larg de informaţii (110)(111).

Problema cheie : folosirea raţională a documentării

Una din problemele cele mai acute este aceea a adaptării *documentării la bugetul timp al fiecărui medic, a selectării informaţiilor* şi evitarea ca „profesiunea medicală să se înece tot mai adînc în mlaştina documentării medicale" (112).

Aici, se află una din problemele-cheie ale documentării, şi anume o folosire raţională, eficientă a acesteia, înţelegînd prin eficienţă : raportul dintre efectul util, cantitativ şi calitativ, obţinut şi cheltuielile efectuate (în timp şi în materiale). În această privinţă, abuzul de documentare de tip „exhaustiv", deşi poate satisface şi impresiona pe unii, pe plan cantitativ, prezintă dezavantajul unui mare consum de timp, în defavoarea dezvoltării gîndirii medicale, a unei activităţi creatoare.

Astfel de persoane sînt ameninţate să nu mai producă nimic original, considerîndu-se bogate în cunoştinţe numai pentru că cunosc sursa acestor cunoştinţe. Trebuie evitată această submersiune a intelectului în oceanul unei documentări fără limite şi neselectate, tot aşa cum trebuie condamnată şi resemnarea altora, în faţa avalanşei de informaţii, de a nu mai citi nimic.

Soluţia raţională este deci aceea a selectării revistelor, articolelor şi cărţilor care trebuie citite. Se apreciază astăzi că, pentru a fi bine informat într-o specialitate, sînt suficiente cîteva reviste (5—6) şi o revistă de informaţie medicală generală, plus tratate şi monografii de specialitate. În acest mod, atît specialistul, cît şi medicul de medicină generală, vor avea o documentare satisfăcătoare, dar — mai ales — *le va rămîne timpul necesar pentru reflecţii şi cercetări originale.*

În problema documentării medicului practician, este tot atît de indicat de a fixa dimensiunile unei *documentări raţionale*, se-

110) DOCZY P., BARBU Z. — Informaţia ştiinţifică medicală prin reviste, *Viaţa med.*, 1968, 10, 649.
111) VOICULESCU M. — Tendinţe actuale în informarea medicilor. *Viaţa med.*, 1972, 5, 193.
112) * * * — Paper pollution, *J. Amer. med. Ass.*, 1970, 212, 1514.

Scanned with CamScanner

lectată calitativ și adecvată cantitativ. Așa cum Eschil (525—456 î.e.n.) a spus acum 2 500 ani :

„Înțelept este nu cel ce cunoaște mult, ci acela care cunoaște ceea ce trebuie".

14.

Poziția medicinii interne în medicina contemporană

În ultimele decenii, poziția medicinii interne atît în cadrul specialităților medicale, cît și ca opțiune pentru medici, a fost tot mai des pusă în discuție și mult controversată. Astfel, în presa medicală internațională au apărut întrebări neliniștitoare și exprimări de acest gen : „este oare medicina internă desuetă ?" (113) ; „este internistul pe cale de dispariție ?" (114) ; „ce mai rămîne încă, în epoca noastră, din medicina internă și din marele internist ?" (115). Se vorbește apoi despre o „criză" a medicinii interne sau se spune „medicina internă la o răspîntie". După unii, medicina internă apare astăzi ca o specialitate de neconceput, ori cel puțin greu de practicat de către o persoană, în condițiile actuale, cînd fiecare din numeroasele subspecialități care s-au desprins din trunchiul ei cuprind, ele însele, un conținut tot mai bogat de noțiuni teoretice și practice. Ca urmare, apare dificil de a se mai realiza astăzi un nivel de competență, care să comporte atît de multe cunoștințe, cîte i se atribuie medicinii interne.

În această situație — justificată de altfel de progresul neîncetat al cunoașterii — specialitățile înguste și subspecialitățile au devenit din ce în ce mai atractive pentru cercetător și mai comode pentru practician. Studenții se atașează de acestea încă din facultate. În consecință, *internistul de larg profil, internistul „generalist"* începe să devină o raritate, iar manifestările științifice de medicină internă (congresele) se organizează tot mai greu. În mod simptomatic, au apărut și diverse reacții în apărarea medicinii in-

113) INGELFINGER FR. — Is the internal medicine obsolete ? În : „Controversy in internal medicine", vol. II, 1974, W. B. Saunders, Londra.

114) VALETINE W. — Is the internist vanishing ? *Clin. Res.*, 1971, 19, 1.

115) CAUWENBERGE H. VAN — Leçon inaugurale des cours de clinique medicale et de pathologie des maladies internes, *Rev. méd. Liège*, 1961, 24, 705.

Scanned with CamScanner

terne. Semnificativă, în acest sens, este faptul că, în 1970, s-a înfiinţat „Asociaţia europeană de medicină internă", al cărei prim scop este *menţinerea existenţei specialităţii de medicină internă în Europa*. La prima conferinţă a asociaţiei, s-au prezentat teme de genul : „cum să devii internist în Europa", sau „cum să rămîi internist" (116).

În ţara noastră, medicina internă este considerată cu toată atenţia, iar şcoala românească de medicină internă s-a impus printr-o valoroasă experienţă şi un trecut glorios, prin cunoscuţii ei făuritori, clinicieni de mare renume : Nanu-Muscel, Danielopolu, N. Gh. Lupu, Haţieganu, Goia, Mitică Ionescu, Enescu, Bazil Teodorescu, Băltăceanu, Teohari, Dumitrescu-Mante, I. Bruckner, Iagnov şi alţii. Opera acestora este continuată de alţi clinicieni, elevii lor.

Menţionăm că problema medicinii interne, în stadiul actual al medicinii, a constituit subiectul discursului de recepţie la Academie (12 martie 1975) al regretatului prof. I. Bruckner, în care a făcut o caldă pledoarie pentru valoarea acestei specialităţi, pentru rolul ei integrativ, precum şi pentru rolul internistului ca „şef de orchestră", în cadrul unei echipe multidisciplinare (117).

Situaţia actuală a medicinii interne este oarecum comparabilă cu aceea a medicinii generale, atît prin spectrul ei larg şi dificil de cuprins, cît şi ca importanţă şi necesitate, deplin recunoscute pe plan mondial, dar mai puţin dorite de tinerii medici, care preferă subspecialităţile. De remarcat că, în Anglia, termenul de „internist" nu mai este folosit, avînd — în sens larg — aceeaşi semnificaţie cu aceea de medic generalist, dar cu un grad mai înalt (M.D.) (118). În Italia, titlul de specialist în medicina internă este un titlu academic, acordat prin lege.

Cu privire la noţiunea de medicină internă

Termenul de „medicină internă" este considerat de unii ca o denumire curioasă şi greu de definit, ca şi aceea de „internist". Astfel, internistul ar trebui să însemne acel medic care se ocupă cu „diagnosticul şi tratamentul bolilor şi tulburărilor structurilor interne ale organismului uman", ceea ce ar fi incom-

116) * * * — European Association of Internal Medicine — First Conference, *Brit. med. J.*, (19 iunie), 691.
117) BRUCKNER I. — Problema medicinii interne, Ed. Acad. R. S. România, 1975.
118) RICHARDSON J. — *Brit. med. J.*, 1971 (19 iunie), 693.

Scanned with CamScanner

plet şi inexact (119), deoarece şi chirurgia se ocupă, în alt sens însă, cu toate structurile organismului.

Orientîndu-ne după tratate, conţinutul ar fi acela al întregii problematici de patologie, cu excluderea domeniului chirurgiei, al obstetricii şi ginecologiei şi al dermatologiei (119). După D. Black din Manchester, medicina internă ar avea drept domeniu toate bolile, care nu se localizează într-un organ (spre deosebire de specialităţile de organ : cardiologia, pneumologia etc.).

Se pare că specialitatea s-ar fi format mai întîi în Germania (cu 200 ani în urmă), unde Theodor Fredreichs a înfiinţat şi prima Societate de medicină internă *(Deutsche Gesellschaft für innere Medizin)*; acesta a organizat şi primul congres în 1882, la Wiesbaden (120). Se consideră că termenul de *innere Medizin* s-a introdus, pentru a se sublinia că aceasta se bazează pe medicină experimentală — fiziopatologie şi biochimie — şi pentru a o diferenţia de activitatea pur clinică a practicienilor de medicină generală. Aşa cum preciza J. von Merrin, în 1901, în tratatul său „Lehrbuch der inneren Medizin" :

„Domeniul medicinii interne a atins, prin creşterea organică a variatelor discipline experimentale, o astfel de anvergură, încît un singur om nu va putea mult timp să o stăpînească cu autoritate în toate ramurile sale. Numai cercetătorul este competent de a cerne în mod critic acumularea nesfîrşită de amănunte, în aşa fel ca cele mai bune să fie oferite studenţilor şi practicienilor de medicină generală" (119).

În concluzie, medicina internă are semnificaţia unei perfecţionări speciale, cu dobîndirea de multe cunoştinţe şi o calificare deosebită, calităţi prin care se înrudeşte, dar pe o treaptă superioară, cu conţinutul activităţii de medicină generală, predominant practică, dar care cuprinde toată medicina.

Cu acest conţinut şi denumire, medicina internă a fost recunoscută ca specialitate în mai toate ţările din lume. În S.U.A., aprox. 20% dintre medicii practicieni aparţin acestei specialităţi (121), avînd ca for profesional de conducere *American Board of Internal Medicine* (înfiinţat în 1936), iar ca reviste medicale : *Archives of Internal Medicine* şi *Annals of Internal Medicine*. În

119) BEAN W. — Origin of the term „Internal Medicine", *N. Engl. J. Med.*, 1982, 306, 182.
120) HARTH V. — Training programmes in internal medicine in Germany, *Brit. med. J.*, 1982 (19 iunie), 692.
121) SOFFER A. şi colab. — Internal Medicine, *J. Amer. med. Ass.*, 1979, 241, 1 363.

Scanned with CamScanner

țara noastră, apare revista *Medicina Internă* și o altă revistă în limba franceză *Revue Roumaine de Médecine interne* (în Editura Academiei R. S. România).

Situația actuală a medicinii interne

Profeția din anul 1901 a lui J. von Merrin, după care un singur om nu va mai putea, cu timpul, să stăpînească tot domeniul medicinii interne, s-ar părea că s-a adeverit în ultimele decenii. Medicina internă a suportat greu proliferarea cunoștințelor și — în prezent — vastul ei domeniu s-a divizat în numeroase subspecialități, pe diferite organe, după boli mai importante și chiar în funcție de tehnici speciale.

Asistăm deci la o turnantă periculoasă pentru această specialitate, care continuă să se fragmenteze, cauza principală fiind — evident — creșterea în progresie geometrică a cunoștințelor, precum și ritmul rapid de creștere a acestora. Se estimează că semidurata *(half-life, demi-vie)* sau timpul de înjumătățire a cunoștințelor unui medic este astăzi de numai 5 ani, ceea ce înseamnă că un medic, după 5 ani de la obținerea diplomei, nu mai dispune decît de jumătate din cunoștințele de care va avea nevoie (122). Este nevoie deci de un mare consum de timp pentru documentare și perfecționare continuă.

Specializarea și subspecializarea apar atunci ca o tendință inevitabilă, necesară și cerută de progresul continuu al științei medicale. Așa cum arătam în altă parte, specializarea se comportă ca o enormă forță creatoare de progres în medicină, iar în practica clinică contribuie la rezolvarea, în condiții optime, a diagnosticului și terapiei unor cazuri dintre cele mai dificile, altădată greu de rezolvat.

Recunoscînd măreția și virtuțiile specializării și ale subspecializării în medicină, trebuie să recunoaștem însă și dezavantajele, slăbiciunile și chiar pericolele pe care acestea le generează, prin *fragmentarea medicinii și a asistenței medicale, examinarea parcelară a bolnavilor și îngustarea modului de a vedea și a gîndi a medicului specialist.*

Pînă unde va merge această fragmentare continuă a medicinii și, în mod special, a medicinii interne ? Se va ajunge la o medicină de organ ? Medicina se află astăzi la o cotitură dificilă, cu riscul pentru bolnav de a se rătăci sau a se pierde la frontierele dintre

122) DE GUISE VILLANCOURT — Médicine interne et internistes nord-americains, *Nouvelle Presse méd.*, 1974, 3, 543.

Scanned with CamScanner

specialităţi, fără a mai lua în discuţie şi desavantajele de ordin economic, exprimate prin creşterea continuă a costului asistenţei medicale prin specializare.

Se poate spune că acest proces de fragmentare este în contradicţie cu însăşi unitatea fiinţei umane, care trebuie privită şi îngrijită ca un tot unitar.

Funcţia integrativă şi corectivă a medicinii interne

Faţă de aceste condiţii, medicina internă *intervine cu o importantă funcţie, de ordin integrativ,* într-un larg domeniu al medicinii şi de o valoare deosebită pentru asistenţa medicală şi securitatea bolnavului. Dacă admitem că fiecare specialitate îngustă reprezintă o „medicină de organ", atunci medicinii interne „îi revine rolul de integrare ştiinţifică a tuturor datelor referitoare la sistemele organismului, dar şi a datelor privind persoana, ca individ" (123).

Medicina internă ar putea fi astfel definită ca o medicină a persoanei, a pacientului privit ca un tot unitar. De o astfel de sinteză cuprinzătoare, are nevoie bolnavul, astăzi prea frecvent expus să fie „secţionat" în multiple parcele de către specialişti.

În acest sens, medicina internă deţine nu numai o *funcţie integrativă, interdisciplinară,* dar *totodată şi corectivă a hiperspecializării actuale,* funcţie de care nu ne putem dispensa, mai ales în această epocă cu mare tendinţă analitică şi de dezvoltare a specialităţilor medicale.

În acelaşi scop, *rolul internistului,* înţeles cu profil larg, este foarte important pentru munca în echipă, pentru realizarea unei unităţi de vederi, pentru integrarea datelor de specialitate, atît din domeniul clinic, cît şi din cel de laborator (117).

Concepută astfel, cu o funcţie integrativă atît de importantă, *medicina internă, departe de a fi depăşită ori desuetă, este mai necesară ca oricînd şi se ridică pe o nouă treaptă de evoluţie şi consideraţie.*

În acelaşi scop, rolul societăţilor de medicină internă, al revistelor de medicină internă şi al congreselor rămîne considerabil, cu „rol-cheie" pentru menţinerea unei concepţii unitare cu privire la boală şi bolnav. Continua consolidare a societăţilor şi revistelor

123) STAHL J. — Educational value of internal medicine, *Brit. méd. J.*, 1974 (19 iunie), 691.

Scanned with CamScanner

de medicină internă și ținerea regulată a congreselor respective, cu alegerea preferențială de teme interdisciplinare, constituie o obligație importantă a medicinii contemporane (124).

Funcția educațională a medicinii interne

Un rol deosebit de important îl deține medicina internă și în *învățămîntul medical,* în formarea viitorului medic, indiferent că acesta va deveni generalist sau specialist.

„Dacă funcția ei este aceea de integrare, medicina internă este și un proces de gîndire și judecată ; dispariția ei ar pune medicina într-o foarte rea poziție" (123).

Medicina internă ne învață, în primul rînd, un sistem de gîndire, revenindu-i un rol important educațional, atît în facultate în formarea viitorului medic, cît și în învățămîntul postuniversitar.

Se poate afirma că medicina internă ocupă o poziție de bază în învățămîntul medical, în toate țările, și constituie un prilej de satisfacție de a nota că, în majoritatea planurilor de învățămînt din diferite țări, *numărul de ore acordat medicinii interne este, în general, cel mai mare dintre toate disciplinele* (123). Poziția medicinii interne în învățămîntul medical din țara noastră este conformă acestui rol important educațional.

„Nu se poate concepe astăzi un medic, indiferent de specialitatea în care s-a angajat, care să nu fi făcut un stagiu îndelungat de clinică medicală. Acesta trebuie să stea la baza pregătirii cadrelor medicale, indiferent dacă viitorul absolvent se va orienta spre o specialitate medicală sau chirurgicală" (125).

Chiar și pentru specialități înguste (reumatologie, balneologie, nefrologie) este tot atît de necesară o formație solidă de clinică medicală.

În același sens, se apreciază și în alte țări rolul medicinii interne în pregătirea de bază a medicului, ca și a specialistului. În învățămîntul de bază, medicina internă este considerată ca o „necesitate fundamentală" (123). Pentru formarea într-o subspecialitate din ramurile medicinii interne (cardiologie, pneumologie, endocrinologie etc.), în S.U.A., se cer 2 ani de pregătire de bază în medicina internă, urmați de alți 2 ani într-una din subspecialitățile

124) VOICULESCU M. — Poziția medicinii interne în medicina contemporană, *Viața med.*, 1975, 3.

125) BURGHELE TH. — Cuvîntare introductivă la deschiderea celui de-al III-lea Congres național de medicină internă, București, 9 oct., 1974.

Scanned with CamScanner

respective (126). În diferite țări din Europa, specializarea în medicina internă necesită în general tot 4 ani.

Ținînd seama de rolul educațional al medicinii interne, în unele țări (S.U.A.), există tendința de a se forma 3 tipuri de internist (122) :

— *internist consultant în spital,* cu rang de profesor sau cu altă funcție didactică ;

— *internist specializat,* căruia i se admite a se forma într-o subspecialitate a medicinii interne ;

— *internist general,* prototip al internistului practician, de prim contact, care ar tinde să îndeplinească funcția medicului de medicină generală, acolo unde acesta lipsește (entuziasm renăscut în medicina internă pentru rolul de medic generalist).

Medicina internă și cercetarea științifică

Medicina internă prin conceptul ei integrativ este aceea care asigură raporturi constructive, de cercetare interdisciplinară, în variate domenii. Pot fi menționate astfel (127) : *studiul imunității,* cu variatele aspecte de frontieră : imunogenetică, imunoendocrinologie, imunochimie ; *studiul interrelațiilor om-mediu ;* studiul unor *profiluri psihologice,* importante de cunoscut, pentru anumite tendințe morbide, profilaxie și terapeutică ; studii de *ecologie medicală, cercetări medico-sociale* și altele.

Funcția umanistică a medicinii interne

În epoca actuală, în care influența tehnicii s-a făcut atît de adînc resimțită și în medicină, există pericolul favorizării unei anumite dezumanizări, ceea ce s-ar realiza „numai printr-o invazie necontrolată a tehnicii și automatizării, în defavoarea conservării relațiilor umane între bolnav și medic și a importanței sociale a medicinii" (128).

În această privință, un rol important îi revine medicinii interne, care poate milita cel mai bine pentru o justă cumpănire între excesele explorărilor tehnice și necesitatea menajării psihice

126) MYERS J. — The American Board of Internal Medicine : Modernisation of Procedures, *Ann. intern. Med.,* 1970, 72, 423.

127) PURICE S. — Realités et perspectives de la médicine interne, *Rev. Roum. méd. intern.,* 1981, 2, 113.

128) FODOR O. — Implicații sociale ale științelor medicale, *Era Socialistă,* 1973, 6, 31.

Scanned with CamScanner

a bolnavului. În atributele adevăratului clinician, pe care medicul internist — cu concepţia sa unitară asupra bolii şi a bolnavului — le poate întruni atît de armonios, intră ca un element obligatoriu cultivarea unui contact cît mai uman cu bolnavul, cu respectarea personalităţii acestuia. Ţinînd seama că specialistul îşi dă avizul mai mult asupra unui organ, şi deseori numai atît, îi revine medicului internist şi — pe un alt plan, mai larg — medicului de medicină generală rolul de a se adresa bolnavului ca persoană, ca un tot unitar, cu toate suferinţele şi problemele fizice şi psihice pe care le prezintă, în mediul său fizic şi social.

Pentru aceste importante motive, mai sus doar schiţate, medicina internă va continua să deţină şi de acum înainte o poziţie fundamentală în întreaga medicină şi va trebui combătută orice tendinţă de subminare a importanţei acestei specialităţi.

15.

Viaţa şi sănătatea medicilor

Formarea unui medic este costisitoare şi consumatoare de timp, iar viaţa sa este expusă la variate şi grele eforturi şi tensiuni psihice (*stress*, în limbajul anglosaxon şi internaţional), generate de multiplele riscuri şi responsabilităţi care caracterizează activitatea sa. André Maurois, în cuvîntarea la Congresul internaţional de morală medicală (Paris, 1966) spunea :

„În mîinile medicului de astăzi, s-au strîns înfricoşătoare şi mereu sporite responsabilităţi... viaţa medicului va fi eroică, grea, zbuciumată şi — cîteodată — sublimă".

Această realitate crudă nu o bănuiesc, nici pe departe, cei care se înscriu la facultate pentru a deveni medici (sau poate nici nu vor să şi-o închipuie astfel), învăţînd să cunoască numai apoi, greaua lor răspundere, în practica de zi cu zi.

Puţine studii s-au făcut asupra vieţii medicului şi sociologia medicală a primit prea puţină atenţie. „Lipsa unor descrieri adecvate ale efectelor practicii medicale asupra medicului şi modul cum aceste efecte alterează conţinutul şi asigurarea asistenţei medicale" (129), toate acestea constituie probleme încă insuficient cunoscute.

Desigur, aceste probleme trebuie privite atît prin aspectele lor universale şi fundamentale ale teoriei şi practicii medicale, cît şi

129) McCUE J. — The effect of stress on physicians and their medical practice, *New Engl. J. Med.*, 1982, *306*, 458.

Scanned with CamScanner

prin cele particulare, care ţin de fiecare ţară, în funcţie de sisteme sociale deosebite şi de organizări sanitare diferite, în care trăieşte şi munceşte medicul.

Ceea ce afectează viaţa medicului

Durata lungă a studiilor. În primul rînd, s-a apreciat că — pentru formarea sa — cumulînd studiile universitare şi cele postuniversitare, *medicul cheltuieşte pînă la o treime din viaţa sa de adult pentru pregătirea sa profesională.* Urmează apoi reîmprospătarea continuă cu noile achiziţii ale ştiinţei medicale, ceea ce nu se termină niciodată.

Medicina — un studiu de o viaţă întreagă, aceasta este deviza sub care s-a ţinut Conferinţa mondială asupra învăţămîntului medical (Chicago, 1959).

Grija, preocuparea de a fi la curent cu tot ceea ce este nou şi valoros în specialitatea sa, obligă pe adevăratul medic să se informeze continuu din revistele şi cărţile medicale.

Satisfacţii şi insatisfacţii. Privită din afară, viaţa medicilor pare pentru mulţi că ar fi plină numai de satisfacţii de la cele mai pure — satisfacţia vindecărilor obţinute şi a salvării multor vieţi, urmate (uneori) de cuvinte ori scrisori de mulţumire — pînă la cele de ordin material, care li se reproşează atît de mult, de veacuri, justificat pe alocuri, dar nicidecum peste tot.

Privită dinăuntrul profesiunii, situaţia este cu totul alta. Astfel, puţini oameni cunosc că şi satisfacţiile cele mai curate, ale vindecării şi salvării unor vieţi, se obţin cu preţul unor încordări psihice deosebite, nelinişti şi zbucium, acel *stress* al activităţii medicale, care ţine de numeroasele riscuri pe care şi le asumă medicul, în fiecare caz de boală, cu privire la diagnosticul şi terapeutica prescrisă şi de care depind succesul sau insuccesul final.

Încordare şi nelinişte. Aici, se află sursa acelei mari nelinişti, care caracterizează pe adevăraţii medici : *stress*-ul incertitudinii, al luării de decizii urgente, pe baza unor date insuficiente pentru diagnostic sau pe baza unor probabilităţi, într-un domeniu ca acela al biologiei, în care judecata logică este infirmată deseori, iar evoluţia bolii este plină de evenimente imprevizibile. Din aceste motive, medicul nu poate fi niciodată liniştit, cînd — după terminarea lucrului — se întoarce la domiciliu. El trebuie să revină, să revadă, să întrebe, să se informeze mereu şi nu se linişteşte pînă cînd evoluţia favorabilă a fiecărui bolnav devine sigură. Iar

Scanned with CamScanner

această neliniște crește cu experiența și cu vîrsta. Nu întîmplător, s-a spus :

„Cînd eram mai tînăr, bolnavii erau aceia care se temeau de mine ; acum, cînd sînt în vîrstă, eu sînt acela care mă tem de ei" (J. P. Frank).

Medicina este poate singura meserie, în care cel care o practică nu se poate limita la orele legale, rămînînd la dispoziția profesiunii sale — practic — tot timpul, ceea ce neîndoielnic afectează viața sa.

Rolul de „agent dublu". Deseori, medicul se află în delicata situație de a căuta poziția rațională și umană, între cerințele și securitatea bolnavului — obiectiv primar și major, cerut de jurămîntul hipocratic — și resursele economiei sanitare. În limbajul occidental, se folosește termenul de „agent dublu", pentru acest rol al medicului, care trebuie să împace tot timpul atît interesele bolnavului, cît și acelea ale societății, fără a vătăma nici pe unele nici pe celelalte.

Medicul în fața suferinței. Medicul este omul care prin profesiunea sa este obligat să fie în contact permanent cu *suferința* și *durerea* creată de boală, cu omul în postura sa cea mai dificilă, mai greu suportabilă, de deteriorare psihofizică. Mai mult, medicul este obligat să creeze, uneori, el însuși, noi surse de dureri bolnavului, prin explorările necesare pentru diagnostic, prin manoperele terapeutice dureroase (injecții, operații ș.a.m.d.). Peste toate acestea, el trebuie să acționeze cu calm și compasiune, alinînd și atenuînd tot ceea ce se poate din suferințe și dureri, conform acelui vechi adagio :

A vindeca uneori,
A alina adesea,
A liniști și susține mereu...

Alte sarcini dificile. Din păcate, medicului îi revine și ingrata sarcină de a crea interdicții bolnavului, suprimîndu-i temporar sau pe durată, din plăcerile vieții : restrîngerea activității, suprimarea alimentelor agreabile, a fumatului, a consumului de băuturi alcoolice ș.a.m.d.

Tot medicul trebuie să lupte și cu *teama bolnavului* : de medicină, de medic și, poate (ceea ce este mai greu pentru bolnav) de aflarea adevărului asupra suferințelor sale. Majoritatea oamenilor nu acceptă să meargă la medic pentru a afla acest adevăr decît siliți de dureri ori de suferințe avansate. Este cunoscut că mulți bolnavi cu cancer se prezintă destul de tîrziu la medic, *în*

Scanned with CamScanner

mod deliberat, pierzînd din avantajele unui diagnostic precoce şi al recuperării sale totale.

Pentru aceste motive, medicului îi revine acea importantă funcţie a profesiunii sale : *liniştirea bolnavului, cel mai puternic medicament pe care poate să-l ofere medicul.* Această liniştire nu se poate obţine decît prin experienţă, tehnicitate, artă, omenie, blîndeţe şi — *sine qua non* — cîştigarea încrederii bolnavului în medic. Este necesar, de asemenea, să-i lăsăm totdeauna bolnavului *speranţa,* în orice situaţie.

„Acela este cel mai bun medic, care este cel mai bun inspirator de speranţă" (W. Middeleton).

Toate aceste condiţii cer însă medicului răbdare, consum de timp, putere de convingere, învingerea prejudecăţilor, superstiţiilor şi anxietăţii, ceea ce nu este deloc uşor.

Pacienţii dificili. Un alt factor tulburător în activitatea medicului sînt bine cunoscuţii „pacienţi dificili", pacienţii-problemă, studiaţi şi clasificaţi cu diferite denumiri de diverşi autori (130)(131), între care şi în ţara noastră de prof. A. Păunescu-Podeanu (132). Cei mai mulţi au tulburări psihice latente : negativism, nevroză anxioasă, stări de frustare etc. sau boli psihice patente. Alţii sînt alcoolici, alţii sînt cei revendicativi, urmărind să obţină, prin „statutul" de pacient, cît mai multe avantaje posibile, în lupta cu medicul şi cu regulamentele.

Toţi aceştia sînt mari consumatori de timp pentru medic, necesită îngrijiri speciale, sînt obositori şi extenuează ori nevrozează medicul, care nu este de specialitate.

Medicul în faţa decesului. Medicul este acela care, în caz de deces al bolnavului, trebuie să suporte toată povara psihică a acestui act final, considerat de familie, întotdeauna, ca un *eşec al îngrijirilor medicale,* ori cît de bune ar fi fost acestea, şi indiferent de cauzalitatea complexă şi îndelungată, care l-a adus pe pacient în pragul morţii şi de care medicul nu este responsabil. În aceste condiţii, medicul trebuie să explice cum şi de ce s-a întîmplat decesul şi — mai ales — *ar fi trebuit să-l prevadă,* anunţînd familia din timp printr-o prognoză infailibilă.

Aceasta ne aminteşte pentru ce Ch. Perrier, un vechi clinician, spunea : „mai ales prognosticul este acela care ne face reputaţia".

130) GOODWIN J. M. şi colab. — Psychiatric symptoms in disliked medical patients, *J. Amer. med. Ass.*, 1979, *241*, 1 117.
131) GROWES J. E. — Taking care of the hateful patient, *New Engl. J. Med.*, 1978, *298*, 883.
132) PĂUNESCU-PODEANU A. — Pacienţi dificili, Ed. medicală, Bucureşti, 1969.

Scanned with CamScanner

Aceasta pare să justifice măsura preventivă a unor medici din a face pentru familia bolnavului, din orice caz, un caz grav cu risc de moarte, culegînd apoi — în caz de vindecare — felicitări, respect aprobativ pentru prognosticul corect, în caz de deces.

Alteori, medicii se află în dificila problemă de a lua decizii în cazuri cu prognostic infaust sau în cazul unor muribunzi, privind durata de timp cît mai pot fi ţinuţi în viaţă numai prin funcţionarea unor aparate de terapie intensivă şi a unor tratamente complexe. Această problemă se rezolvă, uneori, numai printr-un consult etic, cu participarea familiei.

Efectele factorilor stressanţi ai activităţii medicale asupra medicului

Am enumerat cîţiva factori stressanţi, care pot afecta activitatea şi sănătatea medicului sau care, cel puţin, împovărează cu nesatisfacţii viaţa acestuia. Aceşti factori trebuie analizaţi cu grijă, pentru prevenirea ori atenuarea lor şi creşterea calităţii asistenţei medicale.

Unii din aceşti factori intervin chiar din timpul studiilor medicale, afectînd studenţii mai puţin dotaţi sau cei care au probleme psihiatrice la limită (stări psihopatologice la limită), constînd mai ales din solicitările intense şi prelungite, cerute de durata lungă a studiilor medicale, inclusiv perfecţionarea sau specializarea (9—12 ani) şi de conţinutul din ce în ce mai bogat în noţiuni complexe (eforturi de memorizare şi de înţelegere).

Tulburările psihice, prin suprasolicitare, lipsa de timp şi de somn se intensifică în cursul perioadei postuniversitare. Astfel, în unele ţări capitaliste, ca în S.U.A., unele cercetări au arătat că internii de spital fac frecvente stări depresive sau emoţionale şi că 25% dintre aceştia nutresc chiar idei de sinucidere (129)(133).

Activitatea ulterioară, ca medici, se împarte între satisfacţii şi insatisfacţii, în proporţii diferite, după specialitatea aleasă, condiţiile şi sistemul de lucru, promovării posibile, reuşită ori nereuşită la concursuri etc. Solcitările psihofizice prin concursurile repetate, la care trebuie să participe medicii, în decursul carierii lor, nu pot fi subestimate ca traume posibile, mai ales cînd aceste concursuri se fac la vîrste mai mari. Totodată, însă trebuie să recunoaştem că

133) VALKO J., CALYTON J. — Depression in the internship, *Dis. Nerv. Syst.*, 1975, *36*, 29.

Scanned with CamScanner

aceste testări şi concursuri sînt inevitabile şi necesare pentru promovarea şi selecţia medicilor în toate ţările (134).

Desigur, unii medici sînt mai vulnerabili, mai puţin apţi ori/şi mai puţin pregătiţi să reziste la stress-urile provocate de aceste competiţii, ca şi la sarcinile dificile ale activităţii medicale. Acei cu astfel de structuri delicate şi tendinţe la dezechilibre psihice, incapabili să-şi susţină un echilibru interior, temători ori fricoşi, nici nu ar trebui să intre la medicină sau — cel puţin — să nu abordeze practica medicală, preferînd domeniul cercetării sau al activităţii de laborator.

O astfel de orientare ar trebui să se facă din timpul facultăţii. Astfel, Funkenstein distinge 3 categorii de studenţi, pentru orientarea la sfîrşitul studiilor medicale :

— studenţi cu înclinare spre cercetare ştiinţifică ;

— studenţi cu calităţi de practician, cu orientare biosocială şi îndemînare clinică ;

— studenţi cu înclinare spre psihiatrie, orientare biosocială şi talentaţi în psihologia comportamentului.

Un alt efect al multiplelor solicitări ale practicii medicale constă din reducerea participării medicului la viaţa sa familială, tulburată de repetate apeluri telefonice, de urgenţe, gărzi, contravizite, la care se adaugă şedinţe, conferinţe ştiinţifice sau folosirea timpului la domiciliu pentru documentare, ori pentru scrierea de lucrări ştiinţifice.

În general, medicii au tendinţă să considere soţia şi membrii familiei ca ajutoare obligatorii pentru dificila lor profesiune. În mod just, s-a spus că *„este mai uşor să fii medic bun, decît soţie de medic bun"*. De aici, se poate ajunge, uneori, la criza vieţii conjugale, cînd există o insuficientă înţelegere reciprocă. Sînt medici, care în mod deliberat abandonează viaţa lor particulară pentru profesiune, uneori din pasiune, alteori din cursa spre succes şi bogăţii materiale.

O altă consecinţă a suprasolicitării profesionale este tendinţa unor medici la izolare socială, înţelegînd prin aceasta retragerea din lumea nemedicală : renunţarea la relaţiile cu familiile prietene, evitarea de a face sau a primi vizite. Acest aspect a fost constatat îndeosebi în ţările occidentale (129).

În afară de afecţiunile psihice, prin stress-uri repetate, şi de boala coronariană (de două ori mai frecventă la medici, decît la restul populaţiei), medicii sînt mai expuşi la unele boli, ca : leucemii (radiologii), agresiuni (uneori mortale) din partea aliena-

134) VOICULESCU M. — Reflecţii pe marginea concursurilor în medicină (vezi cap. 8).

Scanned with CamScanner

ţilor furioşi (psihiatrii), unele boli infecţioase, mai ales în timp de epidemii. Este cunoscută jertfa celor 300 de medici români, morţi de tifos exantematic în cursul războiului de întregire (1916—1919), îngrijind bolnavii de tifos, dintre care enumerăm cîteva nume cunoscute : N. Botescu, A. Grozovici, V. Crăsescu, C. Popescu-Azuga (creatorul igienei industriale în ţara noastră şi militant socialist), H. Ottoi-Călin (militant socialist), Pompei Samarian şi alţii (135).

Un risc crescut de îmbolnăvire pentru medici îl reprezintă şi hepatita acută virală (mai ales cea de tipul B), de 3—5 ori mai frecventă la personalul medico-sanitar (în special : chirurgi, stomatologi, medici infecţionişti, medici de laborator), aşa cum au arătat numeroase studii în toate ţările (136).

În ceea ce priveşte *durata medie de viaţă a medicilor* (sau „speranţa de viaţă"), o anchetă făcută în S.U.A. a arătat cifre asemănătoare, sau ceva mai bune, faţă de durata medie a restului populaţiei (136) : 70,3 ani, pentru medicii-bărbaţi, şi 73 ani, pentru medicii-femei (date calculate pentru anii 1965—1968). Cauzele morţii au fost în 63% din cazuri *bolile cardiovasculare,* urmate într-o proporţie mai redusă de neoplasme (15%), faţă de restul populaţiei (probabil printr-un diagnostic mai precoce). La medicii-femei, mortalitatea prin cancer a fost mai mare (23,7%), faţă de bărbaţi.

O constatare favorabilă este scăderea mortalităţii prin cancer pulmonar cu 48% la medicii din Anglia, ca urmare a renunţării la fumat a acestora, odată cu campania anti-tutun, declanşată de ei înşişi.

Aspecte ale sănătăţii medicilor în ţările occidentale

Un aspect trist îl oferă o serie de date, privind afectarea sănătăţii medicilor în ţările capitaliste, unde — în cadrul aşa-zisei medicine liberale — suprasolicitările şi traumele psihofizice ale medicilor ajung la maximum.

Cauzele sînt multiple :

— Efectul distructiv al concurenţei profesionale, „cercul infernal al tentaţiei de cîştig" („faire de l'argent"), teama de procese intentate de bolnavi pentru orice caz de „malpractice", la inves-

135) DĂMĂTÎRCĂ FR. — Pagini din istoria eroismului medical, *Viaţa med.*, 1975, *6*, 13.

136) KIRCHHOFF J., LÜLLMANN H. — Uber die Todeursachen bei U.S.—amerikanische Ärzten, *Dtsch. med. Wschr.*, 1974, *99*, 775.

Scanned with CamScanner

tigația unor avocați specializați în procese împotriva medicilor (ceea ce a avut ca rezultat, între altele, practicarea unei așa-zise „medicine defensive").

— Criza de timp, prin tentația solicitărilor frecvente, cu riscul naufragiului în mareea crescîndă a clientelei.

Consecințele sînt, pe lîngă deformarea, depersonalizarea și dezumanizarea asistenței medicale, și serioase afectări ale sănătății acestor medici, așa cum au demonstrat mai multe studii. Astfel :

— Tulburările psihice sînt mai frecvente printre medici, aceștia apelînd la tratamente psihiatrice de zece ori mai frecvent decît restul populației (137).

— Folosirea regulată de tranchilizante, iar 5—6% dintre medici utilizează și alte droguri.

— Alcoolismul este de două ori și jumătate mai frecvent printre medici decît printre alte persoane de sex masculin (138)(139). De aici, rezultă : nevroze, anxietate, stări depresive, afecțiuni neurologice sau digestive invalidante etc.

Rata sinuciderilor printre medicii din S.U.A., după unele date (*Medical Tribune*, 1967, April 5, p. 15), ajunge la 88/100 000, de opt ori mai mare decît la restul populației, iar după alte studii, de 2—3 ori mai mare (129). S-a apreciat că, în S.U.A., se pierd anual aprox. 700 de medici prin sinucideri, uz de stupefiante și alcoolism, echivalentul numărului de absolvenți din 7 facultăți de medicină (140). În 1976, în statul Oregon, din 40 de medici anchetați și propuși pentru reexaminare, 8 s-au sinucis în decurs de 13 luni (141). Cauzele incriminate au fost : psihopatii, alcoolism, droguri, divorț, teama de examinări.

— Tulburările vieții de familie sînt mai frecvente : căsătorii ratate ori divorțuri frecvente (47%, față de 32% la alte persoane) (142). Viața conjugală a multor medici este deci frecvent afectată, fiecare al doilea medic american avînd o căsătorie ratată (143). Printre femeile-medici, depresia psihică este și mai frecventă.

137) VAILLANT G. E. și colab. — Some psychologic vulnerabilites of physicians, *New Engl. J. Med.*, 1972, 287, 372.
138) BEDELL-THOMAS C. și colab. — Consumul de alcool al medicilor americani, *Hopkins Med. J.*, 1980, 146, 1.
139) * * * — L'alcoolisme chez les médicins en Ecosse, *Méd. et Hyg. (Genève)*, 1977, 35, 120.
140) MAWARDI H. B. — Satisfactions, Dissatisfactions and Causes of Stress in Medical Practice, *J. Amer. med. Ass.*, 1979, 241, 1 483.
141) CRAWSHAW R. și colab. — An epidemic of suicide among physicians on probation, *J. Amer. med. Ass.*, 1980, 243, 1 915.
142) R. V. — Etre médecin aux U.S.A. ... c'est pas un lit de roses, *Nouvelle Presse méd.*, 1972, 1, 506.
143) BITTKER T. E. — Reaching out to the depressed physician, *J. Amer. med. Ass.*, 1976, 236, 1 713.

Scanned with CamScanner

Într-un studiu privind satisfacţiile, insatisfacţiile şi cauzele stressului în practica medicală (140) s-a constatat că, pe lîngă satisfacţiile cunoscute (succesele terapeutice, respect şi apreciere din partea pacienţilor şi a colectivităţii, bune relaţii medic-pacient), medicul are şi multe insatisfacţii, care ţin de : lipsa de timp, munca cu pacienţi dificili, activitate birocratică („anatema majoră"), probleme cu ceilalţi medici etc. La acestea, în ultimii ani, s-au adăugat noi stressuri : teama de greşeli profesionale („malpractice"), cu consecinţe judiciare, un stil de muncă încărcat cu multe analize şi tehnici costisitoare pentru apărarea de orice risc („medicina defensivă"), teama de reacţiile pacienţilor şi teama de reexaminări (care urmăresc să asigure continua competenţă a medicilor).

În concluzie, deci, a fi medic *c'est pas un lit de roses,* cum spunea un comentator într-o revistă medicală franceză (142).

Probabil că, de aceea, cînd lui Merloo (144), cunoscut medic-scriitor i s-a cerut să scrie ceva despre fericirea medicului, acesta s-a recuzat, amintind povestea cu cămaşa fericitului, care căutată peste tot (pentru un rege bolnav) a fost găsită la un singur om care era fericit, un pădurar, dar care — culmea — nu avea cămaşă...

Soluţii

Renunţînd deci la „cămaşa fericitului", ne vom opri la cîteva soluţii, începînd de la intrarea în facultatea de medicină.

— O mai bună selectare a candidaţilor la intrarea în facultate, ar putea indica pe cei mai bine dotaţi psihologic şi tehnic, pentru medicină.

— În cursul facultăţii, este necesară o pregătire mai aproape de realităţile vieţii, ale practicii medicale, absolvenţii actuali avînd numai o vagă idee despre ceea ce vor întîlni în practica zilnică.

— Pentru adaptarea la stressurile practicii a viitorilor medici, este necesară o pregătire psihologică specială (discuţii, cursuri).

— Alegerea specialităţii medicale, direcţia activităţii viitoare (practică medicală, laborator, cercetare) trebuie să constituie o preocupare încă înainte de absolvirea facultăţii şi să primească o orientare justă.

— Activitatea profesională trebuie completată cu preocupări recreative şi atrăgătoare *(hobby)* (sport, excursii, pescuit, grădinărit, creaţii artistice ori literare etc.), activităţi care pot, totodată,

144) DR. MERLOO — Le bonheur et le medecin, *Méd. et Hyg. (Genève),* 1972 (15 Nov.), 1 736.

Scanned with CamScanner

să prevină dedarea la alte „pasiuni". O cercetare comparativă făcută în S.U.A., pe 462 de medici și 500 de avocați, cu privire la comportamentul acestora pentru păstrarea sănătății prin activități fizice adecvate și abandonarea obiceiurilor nocive (fumat etc.), a arătat că medicii erau mai preocupați de activități favorabile sănătății, decît avocații (145). O constatare dătătoare de speranțe.

— Conservarea și întărirea vieții de familie, deoarece toate studiile au arătat că persoanele căsătorite trăiesc mai mult, în medie, decît cele necăsătorite, și se bucură de o sănătate mai bună (146).

— Sînt necesare cercetări de sociologie medicală care să ducă la ameliorarea vieții și sănătății medicilor și — implicit — a calității asistenței medicale.

Și în final : *medice, cura te ipsum !*

16.

Vîrsta retragerii medicului : numai un timp al amintirilor?

„A îmbătrîni nu este decît un obicei rău. cu care un om activ nu are timp să se obișnuiască".

ANDRE MAUROIS

Prelungirea vieții, prin conservarea cît mai mult timp a însușirilor vîrstei active, reprezintă unul din cele mai vechi visuri ale omenirii. Spunea, în această privință, poetul grec Pindar (în secolul al V-lea î.e.n.) :

„Noi nu rîvnim după nemurire, dar trebuie să atingem limitele care sînt posibile pentru omenire".

Se pare că — genetic — sîntem „programați" pentru a atinge etatea de 110 ani. Dar cîți respectă acest capital genetic, pentru a deveni, cum se spune, un „longeviv" ?

Desigur, uzura biologică constituie un proces natural și ireversibil, dar ritmul în care se produce diferă de la individ la individ. În primul rînd, *fiecare îmbătrînește așa cum a trăit.* Pe de altă parte, acest proces de uzură se mai și revizuiește în timp, pe măsura introducerii în practică a progreselor științifice medicale.

145) WYSHAK G. și colab. — A profile of the health promoting behaviour of physicians and lawyers, *New Engl. J. Med.*, 1980, 303, 105.

146) SOMMERS ANNE — Marital status, health and use of health services, *J. Amer. med. Ass.*, 1979, 241, 1 818.

Scanned with CamScanner

„Speranța de viață" (termen consacrat) a crescut la dublu în ultimul secol, deși, trebuie să recunoaștem că acest progres s-a obținut precumpănitor prin scăderea mortalității infantile și, mai puțin spectaculos, prin cîștigarea de ani la cealaltă extremitate a vieții. Motivele sînt multiple : apariția în lumea modernă de noi factori nocivi pentru sănătate și insuficienta participare a fiecărei persoane la apărarea propriei sănătăți și la cîștigul de ani, care s-ar realiza într-o viață cumpănită. Excesul de nutriție și obezitatea consecutivă constituie un exemplu ilustrativ în această privință. Astfel, peste 1/3 din populația adultă a S.U.A. deține o greutate corporală peste normal și consecutiv este supusă unei mortalități crescute. După evaluările societăților de asigurare pentru viața de acolo, un plus de 5 kg la o persoană adultă, duce în medie la scurtarea vieții cu 8%, un plus de 10 kg — cu 18% ; un plus de 20 kg — cu 45%, iar un plus de 30 kg duce la reducerea duratei vieții cu 67% (147).

În această privință, medicii nu sînt de regulă, un bun exemplu, speranța lor de viață fiind sub media altor profesiuni. Nu trebuie însă conceput că acest aspect negativ s-ar datora unei vieți prea active, ceea ce de fapt întreține sănătatea și duce la o viață îndelungată, *ci unui stil de viață mai agitat* al unora, neechilibrat în ceea ce privește nutriția și odihna, precum și din tendința altora de adorare a unor toxice, între care intoxicația tabagică constituie numai un exemplu.

Desigur, intervine și deosebirea de sex : în toate țările, cifrele de speranță de viață sînt mult în favoarea femeilor. Astfel, în S.U.A., speranța de viață este de 66,8 ani pentru bărbați și de 74,2 ani pentru femei ; în Suedia : 76,7 ani pentru femei și 71,8 ani pentru bărbați etc. Țara noastră se înscrie cu aceeași prelungire a longevității omului (70 de ani, în medie), iar cercetările gerontologice, de prevenire și tratament a bătrîneții ale specialiștilor noștri, sînt prioritare și celebre în toată lumea.

Tendințe actuale și exemple de urmat

Una din tendințele demografice actuale constă în continua prelungire a vieții, ceea ce a condus — după cum se știe — la creșterea considerabilă a contingentului care formează efec-

147) * * * — Statistical Bulletin (S.U.A.), 1960 (ianuarie).

Scanned with CamScanner

tivul celei de-a „treia vîrste“ — adică persoanele trecute de 60 ani (148).

Pentru o mai bună înțelegere a problemei, studii ale specialiștilor Organizației Mondiale a Sănătății au condus la împărțirea vieții în următoarele *categorii de vîrste* :

— *copilăria* și *tinerețea,* pînă la 20 de ani ;

— *vîrsta mijlocie* (adulți), pînă la 59 de ani ;

— *vîrsta a treia,* de la 60 ani, cu următoarele subdiviziuni :

a) vîrstnici (bătrînii tineri), de la 60 la 74 de ani ;

b) bătrîni (adevărați), de la 75 la 84 ani ;

c) marii bătrîni (longevivi), peste 85 de ani.

De reținut, deci, că bătrînețea începe, cu adevărat, de la 75 de ani.

Desigur, încă odată trebuie recunoscut că, pe lîngă aceste categorii și subdiviziuni, stabilite în general, diferențele individuale sînt mari, iar vîrsta cronologică este *independentă de cea activă.* „Atît timp cît ne instruim nu putem îmbătrîni“ (Hegés-Heiner). Sînt destule exemple minunate de citat din profesia medicală din țara noastră : marele dermatolog de reputație mondială Șt. Nicolau a trăit și a lucrat intens pînă la 95 de ani ; endocrinologul și unul din fondatorii endocrinologiei mondiale C. I. Parhon a trăit peste 90 de ani etc.

Din alte domenii de creație, putem cita pe sculptorul Rodin care a creat și a trăit pînă la 87 de ani ; Picasso a pictat pînă la 91 de ani, cînd a murit ; Tizian a trăit 99 de ani și la 95 de ani a pictat celebrul tablou „Bătălia de la Lepanto“ ; Verdi a compus celebrul său „Requiem“ la 85 de ani ; Goethe a terminat „Faust“ la 82 de ani ; Bernard Shaw a scris piesa „The Apple Cart“ la 73 de ani și a continuat să scrie pînă la 94 de ani. Se poate oricînd demonstra că mulți oameni în vîrstă sînt mai sănătoși și mai creatori decît le place să se considere.

Desigur, trebuie studiat cît mai mult, *modul de viață al centenarilor, deoarece — pe lîngă capitalul de longevitate cu care ne naștem — există o igienă a vieții, în sensul cel mai larg al noțiunii, prin care putem conserva acest capital la maximum.*

Poate, cel puțin, s-ar reține 5 „reguli de aur“ ale prelungirii vieții :

1) a consuma alimente în cantități raționale (pentru a evita starea de supraponderabilitate) ;

148) Ținînd seama de această creștere numerică a oamenilor peste 60 de ani, sub auspiciile O.N.U., între 26 iulie și 6 august 1982, s-a ținut la Viena „Adunarea mondială pentru vîrsta a treia“, la care au luat parte reprezentanți din 120 de state, inclusiv țara noastră, cu o participare activă.

Scanned with CamScanner

2) a face mișcare (a fi activ) ;
3) a dormi 7—8 ore pe zi ;
4) a nu fuma ;
5) a consuma numai o cantitate redusă de băuturi alcoolice.

Ce pot face medicii pentru ei înșiși

Fără a intra în rețetele de viață lungă ale gerontologiei sau în acelea pe care le predică centenarii, se pune problema activității medicilor, la vîrsta zisă a retragerii la pensie.

În primul rînd, concepția în care trebuie privit acest moment : înaintarea în vîrstă nu este de loc o tragedie, decît pentru cei slabi și nepregătiți pentru viață, acei cărora le lipsește optimismul, în spiritul în care Maurice Chevalier spunea, cu umor că : „viața începe la 70 de ani"...

Medicul ocupă, poate, o poziție unică printre profesiuni, întrucît la vîrsta pe care alții o socotesc demnă de retragere, medicul — înțelegînd numai acel *medic activ și în curent permanent cu noile cuceriri ale medicinii* — deține o atît de bogată experiență, dexteritate și putere educativă de a influența oamenii, încît ar fi o eroare de a-l pune în inactivitate. Un astfel de medic practician rămîne util încă mult timp (cu condiția de a urma cursuri de reciclare, de reîmprospătare, așa cum este tendința actuală) (149).

Cu atît mai necesari sînt aceia care au creat o școală, nu numaidecît într-un centru universitar, ci — așa cum cunoaștem destule exemple — în orice oraș din provincie. Astfel de medici sînt chiar *obligați să continue opera lor de a forma în continuare elevi.* În acest scop, trebuie reținuți numai acei adevărați șefi de școală, care dețin *măiestria necesară, în umbra și lumina cărora pot rodi și crește mulți elevi,* și nu pe aceia care fac atîta umbră în jurul lor, încît împiedică pe alții să crească, iar prezența lor devine chinuitoare pentru urmașii din jur. Există totdeauna o problemă de dozaj, de înțelepciune, de moderație și înțelegere.

Folosirea în continuare a unor astfel de medici cu mare experiență, într-un spital, într-un institut de cercetare, în spiritul unui respect reciproc, constituie soluția cea mai indicată. În acest mod, experiența unui mare clinician ori a unui mare cercetător se păstrează ca un tezaur de cunoștințe.

O altă soluție, pentru un profesor de exemplu — dar și pentru alți medici — este aceea de a scrie : o carte, o monografie, un

149) ESKOVITZ G., WOODSIDE N. — Retraining inactive clinicians : a seventy year experience, *J. Amer. med. Ass.*, 1978, 239, 2 159.

Scanned with CamScanner

tratat, prin care să transmită mai departe, generaţiei care îl urmează, ceea ce n-au avut timp pînă atunci să facă decît oral, pe marginea patului bolnavului, la vizită sau în laboratorul de lucru. În acest scop, este însă *necesar talentul de a scrie*, deoarece nu toţi ştiu să scrie simplu şi clar, pentru a se face înţeleşi.

Desigur, marile figuri ale medicinii unei ţări rămîn în continuare adevăraţi mentori, prin poziţiile cuvenite valoroasei lor activităţi.

O altă soluţie : a dezvolta un „hobby"

De multe ori, cei mai fericiţi medici la vîrsta retragerii sînt cei care au avut o a doua pasiune, pe lîngă profesie, ceea ce se cheamă un *„hobby"* sau un *„violon d'Ingres"* : pictura, creaţia literară, grădinăritul, pescuitul, alpinismul, pasiunea florilor, muzica, colecţionarea de lucrări de artă şi aşa mai departe. Fericiţi sînt acei medici care au astfel un *hobby* (150) şi — spre satisfacţia noastră — avem multe exemple de acest gen. În schimb, este periculoasă pustietatea psihică în care se află alţii la retragerea la pensie, recurgînd la irosiri nesănătoase ale timpului, la toxicomanii sau cel puţin la un sedentarism tip *dolce farniente*, dar distrugător în fond.

Fiecare medic ar trebui ca, în cazul cînd nu mai continuă să profeseze (ceea ce ar fi însă de dorit s-o facă) să dezvolte o astfel de pasiune secundară, din cele mai sus amintite, şi care fac cinste profesiunii medicilor. Exemple sînt nenumărate din ţara noastră ; să citäm astfel : medicii reuniţi în orchestra simfonică a medicilor ; medicii cu expoziţii personale de sculptură, de pictură, de fotografii artistice, ca şi lunga listă a medicilor scriitori despre care în ţara noastră, am scris o carte întreagă (151).

Astfel de pasiuni conduc nu numai la creaţia de frumos, dar constituie şi un remediu, o relaxare, un mijloc de desfătare psihică, un echilibru restabilit, o satisfacţie pură.

Este indicat, credem noi, în pregătirea acelei vîrste „a retragerii", ca orice medic să-şi descopere din timp şi alte pasiuni din variatele domenii ale frumosului, pe care le oferă literatura şi arta sau/şi munca fizică, în diferite forme. Plăcerile pot fi atît de mari,

150) ***„No man is really happy or safe without a hobby"***, spunea marele clinician Osler.

151) **VOICULESCU M., ANGELESCU M. — Medici-scriitori, scriitori-medici, Ed. medicală, Bucureşti, 1964.**

Scanned with CamScanner

încît apare verosimilă întîmplarea care se povestește despre Diocleţian, împărat al Romei. Acesta, după ce a renunţat de a mai fi împărat, s-a retras la castelul său de pe coasta Adriaticei (la Spalato), unde cultiva varză şi alte legume. Cînd a fost chemat să reia tronul de împărat, a refuzat net să se întoarcă, preferînd plăcerile grădinăritului...

Vîrsta retragerii nu poate rămîne numai o vîrstă a amintirilor

„Cînd soseşte timpul amintirilor" cred unii că ar trebui să se retragă în umbră şi să trăiască din amintiri. Continuăm să afirmăm că este o profundă eroare. Ceea ce se cheamă „vîrsta a treia" nu trebuie confundată cu senescenţa inactivă. De fapt, inactivitatea este distructivă şi pentru sănătate, constituind o tragedie pentru psihic. Numai cei nepregătiţi, timoraţi sau comozi se pot retrage într-o astfel de completă hibernare.

În cele de mai sus, am arătat că există destule soluţii pentru o viaţă activă : continuarea profesiunii, formarea de elevi, creaţii de frumos de la un tablou, pînă la o grădină cu flori (florile „aceste stele ale pămîntului", cum s-a spus) şi pînă la creaţii literare, expoziţii de opere de artă, preocupări sportive.

Un adevărat medic trăieşte şi activează în continuare, aşa cum un medic scriitor, G. Duhamel a intitulat o carte a sa : *„Travail, ô, mon seul repos"*.

17.

Imagini ale medicului în lume: între iatrofobie şi iatrolatrie

Imaginea, pe care oamenii şi-au formulat-o despre medici, s-a modificat mereu într-o lume, care — cu toţii sîntem de acord — se află într-o continuă schimbare. Dar, aşa cum remarca Todd (152), nu este nimic nou în această aserţiune : *ceea ce este nou este numai ritmul schimbărilor*, care a devenit atît de rapid, încît cu toţii recunoaştem că s-a petrecut o revoluţie industrială, o revoluţie tehnologică, o revoluţie în ştiinţă şi, desigur, şi

152) LORD TODD — Medicul într-o lume în schimbare, *Brit. Med. J.*, 1968, *4*, 207.

Scanned with CamScanner

în medicină. Toate acestea au contribuit la o lărgire considerabilă a cunoştinţelor, pe care le avem despre natură, despre oameni şi despre suferinţa lor, despre medicină.

Ce s-a întîmplat cu medicul, în acest ritm rapid al schimbărilor ?

Pregătirea şi prestigiul său profesional au ţinut pasul cu aceste schimbări ?

Cum s-a oglindit imaginea medicului în lumea din trecut şi pînă astăzi ?

Evitînd de a ne lansa pe drumurile bătătorite ale istoriei medicinii, vom prefera să începem cu o constatare : poate că nici o altă profesiune nu a avut parte, de-a lungul secolelor, de aprecieri atît de contradictorii, ca aceea a medicului. Aceste aprecieri se situează pe poziţii extreme : de la cele mai laudative, la cele mai defăimătoare. Se observă că medicul, privit individual, medicul personal, de familie, este de regulă bine privit, chiar admirat, în timp ce medicul considerat în grup, ca aparţinător al profesiunii medicale, este privit adesea cu o asprime, care la unii (din fericire rari) degenerează într-o adevărată *iatrofobie*. Astfel, Napoleon obişnuia să spună : „Eu nu cred în medicină, dar cred în Corvisart" (medicul său).

Cu referire la ingratitudinea bolnavilor, medicul a mai fost definit ca : „unul către care îndreptăm speranţele noastre cînd sîntem bolnavi şi cîinii noştri cînd sîntem sănătoşi" (A. Bierce, „Devil's Dictionary, 1958).

Au existat şi alţi „iatrofobi" iluştri, ca Plinius, Molière, Bernard Shaw şi alţii, mai puţin cunoscuţi, ca sociologul mexican I. Illich şi alţi autori de diatribe antimedicale.

Cercetări obiective pot oricînd demonstra că, în breasla medicilor, nu se selecţionează oameni mai răi ori mai nesuferiţi decît în alte profesiuni. Poate că, însă, pentru medic, se cer mai multe condiţii decît pentru alte profesiuni, în care competenţa este suficientă pentru calificative foarte bune.

Dar pentru medic ?

Se pare că el trebuie să întrunească un număr mult mai mare de calităţi, pentru a fi un medic adevărat. Despre acestea ne-am referit, pe scurt, în alt capitol.

Primii medici şi reputaţia lor

Primii medici s-au format în preajma templelor antice, fiind consideraţi mai mult ca magicieni, purtători ai unor meniri divine.

Scanned with CamScanner

Astfel, cel mai vechi text medical, papirusul Ebers, începe cu o afirmaţie sentenţioasă despre misiunea medicului : „cuvîntul mi-a fost dat de stăpînul universului pentru a alina suferinţa". Este una din sarcinile cele mai nobile şi valabile pentru toate timpurile ale medicului, dacă acestuia i-ar fi stat în putinţă să o fi făcut totdeauna atît de mult cît a dorit. Totuşi, de-a lungul secolelor, medicul a încercat măcar să facă acest lucru, cu mijloacele primitive ale epocii respective, recunoscînd umil : *a vindeca uneori, a alina mereu.* Dar cu ce mijloace ? Primii medici acţionau mai mult ca magicieni, iar papirusurile egiptene conţineau, pe lîngă o mică experienţă empirică, mai mult incantaţii magice.

Practica medicinii s-a bucurat de reglementări foarte timpurii. Astfel, în Babilon, Hammurabi, al şaselea rege al Babilonului, a rămas celebru prin elaborarea primului cod de etică medicală cunoscut, în care cei săraci erau puşi pe o poziţie egală cu cei bogaţi, iar onorariile medicilor erau strict fixate. Sancţiunile pentru medici erau foarte dure. Iată un exemplu :

„Dacă un medic face o rană adîncă cu cuţitul operator şi pacientul moare ori dacă el efectuează o operaţie de cataractă şi ochiul este pierdut, *atunci operatorul va fi pedepsit prin tăierea mîinilor,* astfel ca pacientul să fie răzbunat şi practica medicinii să prospere".

Un mare aport pentru progresul medicinii şi autoritatea medicului l-a adus Hipocrate şi şcoala sa din Cos, ale cărui concepţii şi experienţă s-au transmis şi s-au difuzat pînă astăzi prin cărţile hipocratice. Dintre acestea, multe idei şi precepte sînt valabile şi astăzi. Este suficient să amintim numai jurămîntul hipocratic, după care s-au inspirat toate codurile deontologice moderne.

Hipocrate a scos medicina de sub influenţa zeilor şi a preoţilor, considerînd bolile ca evenimente naturale („nici o boală nu este mai divină decît alta"), cercetînd cauzele reale ale acestora, observîndu-le cu mijloace naturale. „Locul medicului nu este în templu, ci la patul bolnavului".

Menţionăm aici cîteva din statuările sale celebre :

„Viaţa este scurtă şi arta lungă" (primul dintre aforisme). Cuvîntul grec pentru artă, folosit de Hipocrate, era *techné,* cu un conţinut complex : artă, ştiinţă, putere creatoare. Aici, el se referă la arta medicinii.

În lucrarea „Epidemii", el sfătuia : „stabileşte trecutul, cunoaşte prezentul, prevede viitorul. Studiază acestea. Cu privire la boli străduieşte-te pentru două lucruri : *a ajuta sau cel puţin a nu vătăma.* Arta este triplă : boala, pacientul şi medicul. Medicul este un lucrător pentru artă".

Scanned with CamScanner

„Arta medicinii este cea mai nobilă dintre toate artele, dar — din cauza lipsei de experienţă a celor care o practică şi din cauza spiritului superficial al restului oamenilor — ea a rămas în coada celorlalte arte“ (în „Precepte“).

Prin opera sa, Hipocrate a ridicat medicina cu mult peste epoca sa şi peste hotarele timpului, multe din învăţăturile sale rămînînd etern valabile.

Alte contribuţii preţioase pentru progresul medicinii au fost aduse de şcoala medicală arabă (primul mileniu al erei noastre) prin Rhazes (850—923) şi Avicenna (Ibn Sina), care au influenţat mult practica medicală, împreună cu operele altor medici celebri, Galien, Averoes.

Dar reputaţia medicilor nu a crescut, ţinînd seama de redusele sau, mai bine zis, de inexistentele lor posibilităţi terapeutice şi profilactice. Poate, de aceea, Herodot spusese, în antichitate cu atîta amărăciune : „Una din mizeriile cele mai amare ale omului este aceea de a cunoaşte prea mult şi de a nu controla aproape nimic“ (prin gura uneia din personajele pieselor sale).

De aceea, nici cărţile hipocratice, nici cele ale medicinii arabe, nu au putut conferi medicului de altă dată puteri prea mari, terapeutice ori profilactice. Cel puţin, dacă s-ar fi respectat preceptele hipocratice, între care *„primum non nocere“*, este unul din cele mai importante.

Numai cu concepţii şi cu cărţi nu se poate face mare lucru, aşa cum a afirmat filozoful latin Seneca, într-o scrisoare către Lucillius : *„non quaerit aeger medicum eloquentem sed sanantem“* (nu are nevoie bolnavul de un medic elocvent, ci de unul care îl vindecă).

Practica medicală a rămas multe secole cu totul nesatisfăcătoare, contaminată de înşelătorii şi expusă de aceea celor mai acerbe critici.

Din reproşurile aduse medicilor de altă dată

Iată ce gîndea Plinius despre medicii din antichitate : „Medicul este singurul artist în care te încrezi pe cuvînt. El este crezut de îndată ce îşi spune medic şi, totuşi, nu există altă artă în care impostura să aibă consecinţe mai grave. Noi nu ne gîndim la acest lucru, atît de mare atracţie are pentru noi speranţa de a recîştiga sănătatea“.

Da, Plinius avea dreptate. Medicina este o problemă de încredere. A-ţi încredinţa viaţa şi sănătatea cuiva necesită o *încredere*

Scanned with CamScanner

totală, la care medicul nu poate răspunde decît printr-o dăruire totală.

Se pare, însă, după unele date, că pe vremea Cezarilor, în imperiul roman, existau multe cazuri de fraudă medicală, opera unor șarlatani, care compilau cărțile medicale și se dădeau drept medici, practicînd medicina (153). Astfel de încercări continuă încă și astăzi sub masca acelor impostori denumiți „guérisseurs", vraci ori tămăduitori, care proliferează peste tot, în toate țările, poluînd adevărata medicină.

În secolul al XIII-lea, a trăit un călugăr cu gîndire filozofică și preocupări multilaterale, Roger Bacon, care a scris despre medici o carte intitulată : *De erroribus medicorum.* În această operă, el a conturat între altele, 6 tipuri de ignoranțe ale medicilor de atunci, și anume :

— lipsa de cunoaștere a limbilor străine, ceea ce îi împiedică să cunoască noile descoperiri din alte țări în domeniul medicinii ;

— necunoașterea efectului medicamentelor utilizate, numele lor, standardizarea lor (farmacologia) ;

— tendința la discuții ușoare, eratice, nefondate pe cunoștințe precise ;

— lipsa de interes pentru cunoașterea astrologiei (a cosmosului) ;

— ignoranța chimiei și a agriculturii, a vieții animale și vegetale, utile medicinii ;

— credulitatea în ceea ce spun alții, lipsa de experimentare pentru căutarea adevărului și a pasiunii pentru cercetarea verificată (ignoranța cea mai complexă).

Cam prea multe ignoranțe pentru medicii de atunci !

Molière despre medicii timpului său

Aceste defecte au fost reluate și satirizate la maximum de Molière, în cîteva din piesele sale : *Don Juan* (1665), *Le médecin malgré lui* (1666), *L'amour médecin* și *Le malade imaginaire* (ultima sa piesă). Desigur, Molière avea dreptate : medicina de atunci era un trist spectacol prin sărăcia terapeuticii, prin prejudecăți, empirism, lipsa de metode și de cunoștințe pozitive, precum și prin aroganța, cupiditatea și ridicolul medicilor. Era acea vreme cînd măsurile terapeutice majore se rezumau aproape invariabil la :

Seignare,
Purgare et
Clisterium donare.

153) GERTLER H. — Ärztliche Kuriositäten im Rom der spätem Kaiserzeit, *Münch. med. Wschr.*, 1968, 12, 743.

Scanned with CamScanner

Ura și ironia lui Molière față de medici a rezultat probabil și din evenimentele tragice pe care le-a trăit — pierderea unor prieteni și a unui copil al său, tratați de medici fără succes, precum și din însăși boala de care a suferit (probabil o tuberculoză), tratată cu lăsări de sînge, emetice și dietă, de care a și murit, curînd după a 4-a reprezentație a piesei *Le malade imaginaire* (154).

Butadele sale asupra medicilor de atunci au rămas, însă. Adresîndu-se regelui Ludovic al XIV-lea, el spunea : „Sire, discutăm amîndoi : medicul îmi dă remedii, eu nu le iau și... mă vindec".

Evident, o astfel de medicină, ca aceea de pe vremea lui Molière putea fi o pradă ușoară pentru orice critic al medicinii.

Un alt mare iatrofob : G. B. Shaw

Un alt mare detractor al medicinii și al medicilor a fost celebrul dramaturg englez (de origine irlandeză) George Bernard Shaw. Aversiunea sa pentru medicină a durat toată viața, una din cele mai lungi (1856—1950), fiind tot așa de acută în cea de a doua piesă a sa *The Phylanderer,* ca și în cea scrisă, 57 ani mai tîrziu, la vîrsta de 93 ani, *Far Fetched Fables* (155). Atacul cel mai puternic împotriva medicilor este dat de G. B. Shaw în faimoasa prefață de 97 pagini la piesa *The Doctor's Dilemma* (scrisă în 1906, iar prefața la această piesă în 1911) (156). În această prefață, medicii sînt atacați sub toate aspectele : etică, cunoștințe, tehnicitate, competență, toate acestea fiindu-le contestate.

Un alt reproș pe care Shaw l-a adresat medicilor, în această prefață, constă din afirmația după care medicii nu sînt mai buni ori mai deosebiți decît orice alți oameni. Dar, așa cum bine comentează Willens (155), cine a pretins acest lucru ? Ei nu sînt nici mai buni nici mai răi decît ceilalți oameni !

Ostilitatea lui Shaw față de medicină nu a încetat nici către sfîrșitul vieții sale, așa cum rezultă din două lucrări apărute în 1931 : *Doctor's Delusions* și *How These Doctors Love One Another.*

Deși prieten cu marele bacteriolog Wright și desigur și cu alți medici, Shaw nu a înțeles și nu a apreciat niciodată marile progrese ale medicinii timpului său, de care a profitat prin unele tratamente.

154) STAROBINSKI J. — Molière et les médecins, *Cyba Symposium,* 1966, 14, 4.
155) WILENS S. — Mr Shaw on doctors, *J. Amer. med. Ass.,* 1966, 196, 67.
156) SHAW B. G. — The Doctor's Dilemma, Ed. Tauchnitz, Leipzig, 1920.

Scanned with CamScanner

După ce pretinsese, într-o piesă din tinerețe, *Back to Methuselah*, că adolescența durează 78 de ani și că un om devine adult numai la vîrsta de 100 de ani (!), G. B. Shaw, bucurîndu-se de o sănătate solidă, s-a mulțumit să trăiască numai pînă la vîrsta de 94 ani, cînd a făcut o fractură de col femural (după o cădere în casă). Suferințele fracturii i-au fost amplificate de ritualul spitalizării cu prelucrarea de rigoare (baie, schimbare de lenjerie), o ultimă indelicatețe din partea asistenței medicale, care îi era atît de nesuferită.

Medicii și medicina în lumina altor aprecieri

Nu toți oamenii au privit și privesc medicina și medicii cu aprehensiunea celor mai sus amintiți.

Astfel, Homer — cînd vorbește în Iliada despre medicul Machaon — se exprimă astfel :

„Face cît mai mulți oameni un om care vindecă oameni,
Taie din răni săgeți și cu leacuri alină durerea“ (157).

Astfel apreciază Homer pe medic, prin oamenii salvați de la moarte (sau poate că adevăratul medic trebuie să întrunească însușirile mai multor oameni laolaltă ?).

Hipocrate a definit „arta medicinii ca cea mai nobilă dintre toate artele“, apreciere reluată și de filozoful Bacon, care considera medicina ca „cea mai nobilă și mai dificilă dintre științe“.

Dificultățile studiului și ale practicii medicinii au fost subliniate de celebrul medic arab Rhazes, astfel :

„Medicina nu este ușoară decît pentru nepricepuți ; medicii serioși descoperă totdeauna dificultăți“.

Tot un celebru medic arab, Avicenna (sec. X), care a scris „Poemul medicinii“ și „Canonul științei medicale“, definea medicina astfel :

„Știința care cunoaște starea corpului omenesc, în ce măsură este sănătos sau și-a pierdut sănătatea, în scopul de a-i păstra sănătatea sau de a i-o înapoia, dacă a fost pierdută“ (dubla misiune a medicinii : de a vindeca boala și a conserva sănătatea, concepție cuprinzătoare și înaintată pentru acea vreme).

În secolul al XII-lea a trăit la Cordova (Spania) un faimos medic și filozof, Maimonides (1135—1204), a cărui operă scrisă a avut o mare influență ulterioară. Una din cele mai frumoase opere

157) HOMER — Iliada, cîntul XI, versul 514-15, Ed. ESPLA, 1955, p. 219, București.

Scanned with CamScanner

ale sale este jurămîntul său de medic, de o mare înălţime morală, scris sub forma unei profesiuni de credinţă şi devotament faţă de om.

Unul din frumoasele elogii aduse medicinii se datoreşte regelui Teodosie cel Mare (454—526 î.e.n.), care începea astfel :

„Printre artele cele mai utile, care contribuie la susţinerea încrederii în natura umană, nici una nu poate fi plasată deasupra sau la egalitate cu medicina".

Aceste idei despre misiunea nobilă a medicului şi a medicinii au continuat să fie exprimate de nenumărate ori în literatura şi în presa ultimelor secole.

Iată cum caracterizează scriitorul Robert Louis Stevenson (1895) pe medici :

„Există oameni şi categorii de oameni, care se situează deasupra celor comuni..., medicul aproape de regulă. El este floarea *(such as it is)* civilizaţiei noastre... El posedă generozitate atît cît este posibil acelor care practică o artă, niciodată cît a acelora care fac o meserie ; discreţie verificată prin sute de secrete ; tact aprobat de mii de dificultăţi şi, ceea ce este mai important, un optimism herculean şi curaj. Aşa este omul care aduce aer şi dispoziţie în camera bolnavului şi, adesea, deşi nu atît de des cît el doreşte, aduce vindecarea".

Iar scriitorul Hans Carossa, în *Doctor Bürger* afirma :

„Ai gîndit vreodată ce este, în definitiv, un medic ? În forma sa cea mai nobilă, el poate fi egalul artistului ; însă medicului nu-i este permis, ca acestuia, să aştepte ora inspiraţiei sau să aleagă personajele sale ; medicul este ales de către acestea şi el trebuie să fie disponibil la orice oră".

„A salva viaţa unui om este un privilegiu, care merită a fi disputat" (Georges Duhamel).

Unul din cele mai frumoase elogii aduse medicului se datoreşte scriitorului André Maurois (1885—1967), care la Conferinţa internaţională de morală medicală (Paris, 1966) a spus între altele despre medic (158) :

„Astăzi, ca şi ieri, medicul gîndeşte că datoria lui este de a păstra viaţa şi de a alina suferinţa. Astăzi, ca şi ieri, el vede în fiecare bolnav o fiinţă umană, care trebuie respectată. Astăzi, ca şi ieri, activitatea medicală nu trebuie îndreptată decît pentru a servi bolnavul, în afară de orice amor propriu şi de grija carierei. Astăzi, ca şi ieri, medicul se consideră legat de secretul profesional, tot atît de strîns ca şi preotul de secretul spovedaniei".

158) ANDRÉ MAUROIS — Discursul unui profan către medici. Conferinţa internaţională de morală medicală (Paris, 1966).

Scanned with CamScanner

„Mîine, ca și astăzi, vor exista bolnavi ; mîine, ca și astăzi vom avea nevoie de medici. Mîine, ca și astăzi, medicul va deține locul său privilegiat de mag, dar și responsabilitățile sale pline de neliniște vor fi din ce în ce mai mari. Mîine, ca și astăzi, alături de medicina științifică, din ce în ce mai precisă și mai bine înarmată, va supraviețui medicul clasic, care — prin raporturile sale umane cu bolnavul — va consola pe cei care suferă și va liniști pe cei care se abandonează în anxietate. Mîine, ca și astăzi, noi miracole vor crea îndatoriri noi. Mîine, ca și astăzi, morala medicală va trebui să fie acceptată și respectată de către medicii tuturor națiunilor. Mîine, ca și astăzi, un bolnav va trebui să fie salvat de un medic, fie că acest bolnav îi este prieten ori dușman, fie că este inocent sau vinovat. În sfîrșit, mîine — ca și astăzi — viața medicului va fi eroică, dificilă, plină de neliniște și uneori sublimă“ (158).

Prestigiul medicului a fost configurat și în numeroase romane și piese de teatru, în care eroul principal este medicul, cum sînt : romanele *El Hakim* (Knitell), *Citadela* (Cronin) etc., piese de teatru, ca *Platon Crecet* (Korneiciuc) și altele.

În presa noastră, tonul l-au dat în trecut și îl dau și în prezent articolele consacrate calităților deosebite ale medicului, dintre care citățm doar cîteva, mai recente :

„Mi se pare evident că una din primele idei de libertate de fond și de continuă eliberare a omului este ideea că ființa umană poate fi salvată de medic... A spune că medicul trebuie să se confunde cu fierbintea datorie a sacrificiului de sine înseamnă a accepta, în același timp, că și noi ceilalți avem o datorie la fel de fierbinte față de el“ („Medicul“ de Adrian Păunescu, *Contemporanul*, 24.3.1972).

„Sincer să fiu, mie medicii, demni de misiunea lor umanistă, îmi inspiră o stimă nemărginită“ („Discipolii lui Hipocrat“ de Mihai Beniuc, *Informația*, 11.I.1973).

„Un medic bun nu poate fi înlocuit cu nimic. Și nici comparat. Înainte de a fi vindecătorul, medicul este acela care însămînțează încrederea și împrăștie mizerabila ceață a suspiciunii“ („Oameni în alb“, de G. Bălăiță, *Scînteia*, 20.5.1982).

Imaginea despre medic în lumea de astăzi

Așa cum am văzut, părerile despre medicină și medic au oscilat între respect admirativ și critici acerbe. Putem spera oare că imaginea despre medic, în lumea de astăzi, s-a ameliorat față de aceea din secolele trecute ?

Scanned with CamScanner

În general, se poate afirma că da. Ceea ce poate oferi medicul și medicina astăzi, ca posibilități de explorare, de diagnostic, terapeutice și profilactice, sînt realizări extraordinare. Este suficient să amintim că aproape fiecare organ din corpul uman a devenit accesibil explorării, prin procedurile cele mai rafinate (invazive sau neinvazive) : tomografia axială computerizată (scanner), endoscopii, fibroscopii, cateterisme cardiace, scintigrame, puncții biopsice etc. Pe plan terapeutic, posedăm astăzi un bogat arsenal de antibiotice și chimioterapice, pentru terapia unor infecții, altădată omorîtoare, iar chirurgia realizează intervenții cele mai spectaculare pe creier, pe cord (by-pass, corectarea leziunilor orificiale), transplante de organe etc. Succesele profilactice sînt tot atît de mari.

Aceste progrese au făcut ca medicul să se specializeze tot mai mult și să-și dezvolte latura tehnică, mulți medici tinzînd să devină tehnicieni ultraspecializați (o necesitate a medicinii moderne).

Acest „tehnicism" a lăsat însă, uneori, în umbră umanismul medicului și al medicinii, a creat riscul unei anumite dezumanizări a medicinii, a unei „depersonalizări" a asistenței medicale, ceea ce a generat reproșuri și regrete pentru „bunul medic de familie" de altădată și mai ales pentru medicul care oferă încredere bolnavului. Această calitate umană a medicului poate fi considerată ca un *sine qua non*, pe lîngă tehnicitatea și competența profesională.

S-a vorbit în Occident, de o „demitificare" a medicinii și a medicului, de un „crepuscul al medicilor magicieni de altădată". Este evident că populația de astăzi se informează și este din ce în ce mai mult informată asupra posibilităților actuale ale medicinii și ale medicului ; nu mai există secrete medicale și nici medici magicieni. În multe aspecte, populația participă în mod conștient la măsurile terapeutice și profilactice, atît de necesare, mai ales pentru combaterea bolilor determinate de „stilul de viață" al omului modern.

Cărți anti-medicale : între dezinformări și realități

Această participare la vindecare a populației ar putea fi perturbată însă de unele dezinformări ori deformări privind medicina și medicul, alimentate de o serie de cărți sau articole antimedicale, anti-doctor care proliferează (159). Marele defect al

159) INGELFINGER F. J. — Those anti-doctor books, *New Engl. J. Med.*, 1975, 294, 442.

Scanned with CamScanner

acestor cărți, așa cum arată Ingelfinger, rezidă în banalitatea lor, repetînd aceleași vechi critici, privind binecunoscutele neîmpliniri ale medicinii și defecte personale ale medicilor, dar fără a oferi însă soluții sau alternative.

Una din cărțile antimedicale, care a provocat multe discuții este aceea a sociologului mexican Ivan Ilici, intitulată : *Medical Nemesis : The Expropriation of Health* (Mitul medicinii : exproprierea sănătății) (160). Ilici acuză medicina contemporană că ar vrea să medicalizeze sănătatea, să dețină monopolul sănătății și încearcă să demonstreze, pe de altă parte, că medicina nu numai că a eșuat în scopurile ce și le-a propus, dar este chiar primejdioasă. El spune, textual : „transformînd durerea, boala și moartea dintr-un afront personal, într-o problemă tehnică, practica medicală expropriază potențialul individului de a se ocupa de condiția sa umană pe un drum autonom, și devine sursa unui nou gen de anti-sănătate". Și atunci sfatul lui Ilici : „Renunțați la medicină, înlăturați-i pe medici și împreună cu ei, tot restul birocrației. Restituiți oamenilor responsabilitatea pentru îngrijirea propriei lor sănătăți. Demedicalizați boala, invaliditatea și moartea. Mai ales debarasați-vă de toate aceste spitale. Întoarce-te societate la natură. Învățați să trăiți cu durerea, să acceptați în mod firesc moartea timpurie".

Cartea a fost mult discutată, dar, așa cum s-a spus, erorile de raționament depășesc puterea de analiză a cărții (161), care nu reprezintă o analiză rațională și echilibrată a medicinii contemporane, lăsînd la o parte toate marile realizări ale medicinii și enumerînd în mod selectat numai aspectele negative ale acesteia.

Din suita de cărți anti-medicină și anti-medic, apărute în ultimul timp în Occident (și adresate medicinii și medicilor de acolo), mai citățm cîteva :

— *The Great American Medicine Show : The unhealthy state of US health care and what can be done about it.* De Klaw S (N. York, Viking Press, 1975). Pe 275 de pagini, se divulgă costul ridicat al asistenței medicale, suprautilizarea spitalelor, profiturile campaniilor farmaceutice, polipragmazia, excesul de intervenții chirurgicale și orientarea pe supraspecializare de organe, în loc de medicină a omului întreg (aspecte justificat criticabile).

— *Malades et médecins : la crise de confiance*" de Ph. Madelin, Paris, Ed. le Seuil, 1981. O carte scrisă de un ziarist, care se con-

160) ILLICH I. — Medical Nemesis „The expropriation of Health, Londra, Calder and Boyars, 1975.

161) THOMAS L. — Este oare medicina modernă primejdioasă ? Dialog S.U.A., 1976, p. 87.

Scanned with CamScanner

sacră apărării consumatorilor (de medicină), autorul pretinzînd, între altele, că faimosul dialog medic-pacient ar fi de fapt un dialog al surzilor, iar medicina ar putea exista și fără medic (!).

— *Plaidoyer pour une anti-médecine* de Ch. Dayant (titlul este clar pentru conținut).

Mai menționăm pentru a completa avantajul acestei campanii antimedicale lucrările :

— *How to survive in hospital* de Katherine Whitecorn (1972).

— *Journal d'une infirmière hospitalisée,* Ed. Le Centurion, Paris, 1975.

— *L'hôpital : J'accuse* (titlu edificator pentru conținut) de Ed. Denoiel-Gonthier, Paris, 1975.

Toate conțin confesiuni despre neplăcerile, suferințele și riscurile spitalizării, probleme reale, care meritau să fie relatate pentru corectarea lor pe un plan mai general.

O carte despre „medicina de consum", care merită o atenție particulară a apărut în 1977 în Franța (unde a fost un bestseller), cu titlul provocator *Ces malades qu'on fabrique, la médecine gaspillée,* de Jean Charles Sournia, profesor-medic și director al serviciului medical al Securității Sociale din Franța. În această carte, autorul denunță o serie de deviații și abuzuri ale sistemului sanitar din Franța : medicina devenită o industrie, bolnavi rezultați din bilanțuri de sănătate și alte forme de „check-up" (adevărate „fabrici" de bolnavi), abuz de analize și de medicamente — toate păcatele medicinii moderne — al căror cost exorbitant este trecut în contul colectivității, al statului.

O astfel de carte, scrisă de un medic cu mare experiență în problemele sănătății, are meritul de a denunța unele defecte ale medicinii actuale. În concluzie, autorul crede că pentru a reda medicinii prestigiul său, eficacitatea sa și chiar rentabilitatea sa, *trebuie ca ea să înceteze de a mai fi „bunul de consum", care a devenit astăzi.*

O concluzie foarte sănătoasă și edificatoare pentru concepția consumatoristă, care animă o bună parte a societății din țările economicește dezvoltate. Dar, va fi suficientă o asemenea luare de poziție, pentru remedierea unei stări de lucruri, care depășesc limitele medicinii ca instituție socială ?

Toate cărțile anti-medicină, mai sus citate, ca și altele, trebuie consultate. Ele pot servi organizatorilor de sănătate și tuturor medicilor, pentru aportul lor critic — atunci cînd critica este constructivă — și mai ales dacă aduc soluții de îndreptare. Medicina a progresat mult, dar mai are mult de progresat și mult de îndreptat, iar medicii vor mulțumi oricăror critici obiective.

Scanned with CamScanner

Pe de altă parte, etalarea în vitrină, uneori numai de dragul aţîţării publicului, a defectelor — unele reale — ale medicinii, prin asemenea cărţi, prezintă riscul declanşării unor efecte negative, cu riscuri incalculabile, mai ales dacă — aşa cum am amintit în treacăt, — unele din aceste cărţi sînt scrise cu un accentuat *parti-pris* anti-medicină şi anti-medic. Dezinformînd publicul şi ruinînd încrederea în medicină, aceste cărţi pot afecta acea *compliance,* atît de necesară actului terapeutic, doleanţă exprimată de la Rhazes şi pînă astăzi. Va mai fi bolnavul, bombardat cu asemenea producţii literare, dispus să coopereze cu medicul de astăzi, în interesul propriei lui sănătăţi ?

Depinde de medici ca să fie învinse aceste tendinţe anti-medic şi anti-medicină, prin competenţa şi prin modul cum vor folosi formidabilul armamentarium terapeutic şi profilactic, de care dispunem astăzi. Se va realiza în continuare deziderатul lui Rhazes, de acum un mileniu :

„Dacă medicul ar fi competent şi bolnavul ascultător, cît de uşor va fi vindecat".

În nici un caz, poziţia medicului de astăzi nu va fi aceea a unui simplu „prestator de servicii" sau „distribuitor de servicii pentru sănătate", aşa cum l-au caracterizat unii autori din Occident (162).

Medicul este şi va rămîne mult mai mult : un om de ştiinţă şi cultură, un cunoscător al artei medicale, un consilier al sănătăţii oamenilor, un educator. El va continua să se perfecţioneze mereu atît pe plan uman, cît şi tehnic, menţinîndu-se printre membrii de seamă şi cei mai respectaţi ai societăţii.

162) J. G. — L'idée qu'on se fait des médecins, *Presse méd.*, 1971, 79, 601.

Scanned with CamScanner

Medicină și societate

18.

Sănătatea: definiții și atitudini

Organizația mondială a Sănătății (O.M.S., W.H.O.), pe care unii o consideră a fi și un *arbiter elegantiarum* în probleme de sănătate și de boală (1), a dat o definiție oficială a sănătății, care face parte din *Constituția Organizației Mondiale a Sănătății*, adoptată de Conferința Internațională a Sănătății (New York, 19 iunie—22 iulie, 1946) și semnată ulterior de toate statele care au aderat la O.M.S. (2).

Definiția este următoarea:

„Sănătatea este acea stare de complet bine, fizic, mintal și social și nu consistă numai din absența bolii sau a infirmității".

Această definiție este, în general, acceptată și citată de regulă pentru conținutul ei complex și pentru faptul că nu identifică sănătatea cu absența bolii, lăsînd să se înțeleagă că este ceva mai mult decît absența anormalității.

Unii au pus în discuție definiția de mai sus, considerînd că atît conceptul de sănătate, cît și cel de boală sînt relative și nu pot fi definite în mod concluziv prin metode științifice și nici definitiv pentru toate epocile (1). Pentru alții, sănătatea apare, de asemenea, ca o noțiune relativă, greu de definit, ca și tranziția între starea de sănătate și cea de boală, dificil — dacă nu chiar imposibil — de recunoscut precccе.

O definiție mai simplă a sănătății a dat-o endocrinologul Nicola Pende, în cadrul unui frumos *motto* al uneia dintre cărțile sale (3): sănătatea este o armonie a funcțiunilor organismului.

„La salute è l'armonia delle funzioni, come la belleza è l'armonia delle forme del corpo, come la vera bontà è l'armonia dei sentimenti etici è la vera sagezza à l'armonia dell'inteletto".

1) BACHMANN W. — Gesundheit und Krankheit, *Münch. med. Wschr.*, 1977, *119*, 349.
2) * * * — Actes off. O.M.S., 2, 100, 1946.
3) PENDE N. — Trattato sintetico di patologia e clinica medica Manfredi Principato, Ed. Messina, 1934.

Scanned with CamScanner

Un deziderat cu numai puțin decît 4 armonii, pentru a defini un om sănătos, frumos, bun și înțelept.

În funcție de parametrii sociologici, sănătatea a fost definită de Parsons (4) astfel :

„Stare de capacitate optimă a unui individ de a îndeplini eficient rolurile și sarcinile pentru care a fost specializat". Sănătatea este deci definită aici, în raport cu participarea individului la sistemul social.

Schopenhauer spunea despre sănătate, subliniind valoarea neprețuită a sănătății :

„*Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts*" (sănătatea nu este totul, dar fără de sănătate, totul este nimic).

Iar un alt filozof, Karl Jaspers, cînd era bătrîn, obișnuia să amintească un dicton chinezesc (care pledează pentru relativitatea sănătății) :

„Trebuie să fii puțin bolnav pentru a ajunge la bătrînețe".

Există și definiții umoristice : „sănătatea este o stare precară, care nu prevestește nimic bun", sau după umoristul Jules Romains : „oamenii sănătoși sînt acei oameni bolnavi care se ignoră".

Sănătatea lumii și atitudini față de sănătate

Lăsînd la o parte definițiile, vom reveni la problemele actuale ale sănătății, unanim privită ca bunul cel mai de preț al omului.

În constituția O.M.S., în articolele care urmează definiției sănătății, se afirmă următoarele adevăruri fundamentale :

„Posesiunea celei mai bune stări de sănătate, care este posibil să fie atinsă, constituie unul din drepturile fundamentale ale fiecărei ființe umane, oricare ar fi rasa sa, religia sa, opiniile sale politice, conduita sa economică și socială".

„Sănătatea tuturor popoarelor este o conduită fundamentală a păcii în lume și a securității ; ea depinde de cooperarea cea mai strînsă între indivizi și state".

Aceasta este poziția Organizației Mondiale a Sănătății cu privire la sănătate. Pentru a marca importanța sănătății, ca bunul cel mai de preț al omenirii, conducerea O.M.S. a decis ca ziua de 7 *aprilie* a fiecărui an să fie sărbătorită, ca *Ziua Mondială a Sănătății*, zi în care a intrat în vigoare Constituția Mondială a Sănătății (la 7 aprilie 1948). De atunci, în fiecare an, această zi se sărbătorește în toată lumea, sub semnul unei anumite devize, a unei teme

4) Citat de *Gr. Popescu* în : Epistemologia conceptului starea de sănătate, *Forum Științe sociale*, 1971, 2, 161.

Scanned with CamScanner

despre sănătate. Pentru anul 1983 tema propusă de O.M.S. a fost intitulată :

„Sănătate pentru toți pînă în anul 2000 — numărătoarea inversă a început" !

În cadrul acestei campanii, se va da o atenție deosebită programelor naționale de sănătate, pregătindu-se cadre medicale pentru țările în curs de dezvoltare, unde între 37 și 80% din populație nu beneficiază de servicii medicale calificate. Acest grandios și ambițios program propus de O.M.S. pentru sănătatea întregii lumi, este totodată foarte optimist și temerar, ținînd seama de durata scurtă în care se propune realizarea și, mai ales, de marile inegalități social-economice între țările de pe glob și de decalajele similare care există și în domeniul sănătății între țările dezvoltate și cele în curs de dezvoltare. Desigur, așa cum se afirmă în Constituția O.M.S., dreptul la sănătate este un drept al fiecărui individ și al fiecărui popor, dar inegalitățile cu privire la starea de sănătate între diferite țări și în lupta contra bolilor, mai ales, cu privire la bolile transmisibile, constituie un pericol pentru toate țările. De aceea, epidemiologia și profilaxia acestor boli invită toate țările la o acțiune comună și solidară, care ar trebui să existe pentru toate problemele sănătății.

În condițiile actuale, cînd state puternice și bogate alocă sume imense pentru înarmare, obiectivele propuse de O.M.S. pentru sănătatea lumii s-ar putea împlini cu mijloace financiare foarte modeste, în comparație cu sumele cheltuite pentru înarmare. Eradicarea variolei este un exemplu grăitor : tot programul de eradicare de 10 ani a costat 300 milioane dolari : *exact atît cît omenirea cheltuiește în fiecare 4 ore pentru înarmare în cursul unui an* (5).

„Sănătatea poporului este, în realitate, temelia pe care se clădește toată fericirea acestuia și toate puterile sale ca stat", spunea Benjamin Disraeli, primul ministru al Angliei, în 1877.

Fără sănătate nu există fericire, se spune de secole și se repetă mereu, în diferite ocazii de diverși oratori.

Din păcate, însă, țările în curs de dezvoltare sînt departe de această fericire, situația lor sanitară fiind total inacceptabilă. Astfel (6) :

— Mortalitatea infantilă este de 7 ori mai mare în țările în curs de dezvoltare față de Europa.

— Proporția de decese în populație, în aceste țări, este de 2 ori mai mare.

5) HIATT H. — The phisician and national security, *New Engl. J. Med.*, 1982, *307*, 1 142.

6) * * * — La science et la technique au service de la promotion de la santé dans les pays en developpement, Chronique O.M.S., 1979, *33*, 435.

Scanned with CamScanner

— Speranța de viață, care este de 70 de ani și peste în Europa, este numai de 56 de ani în Asia și de 45 de ani în Africa.

— Bolile infecțioase și parazitare transmisibile ocupă primul loc ca morbiditate și mortalitate, în țările în curs de dezvoltare („profil primar"), în timp ce în țările dezvoltate aceste boli se află pe locul cinci („profil evoluat").

— Malnutriția este prezentă la 1/4 din țările în curs de dezvoltare.

— Numai 20—25% din populația acestor țări dispune de apă potabilă.

— Numai 10% din copiii acestor țări au acces la vaccinuri și, din această cauză, 2 milioane mor în fiecare an de rujeolă, poliomielită, tuberculoză, difterie, tetanos și alte boli preventibile prin vaccinuri.

Și așa mai departe. În aceste cîteva cifre, sînt tot atîtea exemple din tragedia stării de sănătate a acestor țări.

Reproducem, după Hiatt (5), cîteva exemple de cum s-ar putea realiza acțiunile sanitare eficace în țările lumii a treia, dacă s-ar renunța la sume modeste din programul de înarmare al celorlalte state.

În 1982, omenirea a cheltuit 650 de miliarde dolari pentru înarmare (100 de miliarde numai pentru arme nucleare). Ori, totalul ajutorului *nemilitar*, care se acordă țărilor în curs de dezvoltare, reprezintă numai 5% din cheltuielile militare. În 10 ani, aceste țări s-ar putea asigura cu apă potabilă, cu o cheltuială de 30 de miliarde dolari, mai puțin decît costul pe 17 zile al producției de arme.

Trei milioane de copii din țările în curs de dezvoltare ar putea fi vaccinați cu prețul unui avion modern militar (20 de milioane dolari). Ținînd seama că 800 de milioane de oameni suferă de malarie și, în fiecare an, un milion de copii mor de această boală numai în Africa, s-ar putea realiza un program de combatere a malariei, prin O.M.S., numai cu suma care se cheltuiește o jumătate de zi pentru înarmare. Pentru ca 12 milioane de copii să nu mai moară de foame sau de urmările acesteia, ar fi suficient să se acorde numai 12% din suma pe care omenirea o alocă pentru cheltuielile militare.

„Sănătatea tuturor popoarelor reprezintă o condiție fundamentală a păcii în lume și a securității sale", se spune în Constituția Organizației Mondiale a Sănătății.

Va putea actuala conducere a O.M.S. să realizeze în cei 18 ani care mai rămîn pînă în anul 2000 *sănătate pentru toți*? Numărătoarea inversă a început, spune Halfdan Mahler, directorul general al O.M.S.

Scanned with CamScanner

Vor putea oare toţi medicii din lume să creeze un curent de opinie, în acest sens, şi să obţină modestele sume, necesare pentru un astfel de program, în contrast cu ceea ce omenirea cheltuieşte pentru înarmare ?

O mai bună utilizare a resurselor lumii în folosul sănătăţii, învingerea oricăror inerţii, mai ales a climatului militarist, reprezintă speranţe pentru reuşita acestui program grandios dedicat sănătăţii pentru toţi, în toate ţările.

Sănătatea în ţările socialiste

În ţara noastră, ca şi în celelalte ţări socialiste, *„sănătatea pentru toţi"* nu mai constituie o problemă, sănătatea făcînd parte integrantă dintr-un sistem complex al asigurării sănătăţii vieţii, parte componentă din programul multilateral elaborat de Partid, pentru creşterea continuă a condiţiilor de viaţă, muncă şi sănătate, pentru toţi locuitorii ţării.

După cum se ştie, principiile politicii sanitare aplicată în ţara noastră sînt reprezentate prin : caracterul de stat al ocrotirii sănătăţii, conducerea unitară, gratuitate, accesibilitate şi orientare predominant profilactică a întregii activităţi medico-sanitare.

Superioritatea ocrotirii sănătăţii în ţările socialiste, faţă de cele capitaliste, constă tocmai în faptul că bazele profilaxiei se află în însăşi structura socială şi în economia socialistă, iar sănătatea a devenit un bun al tuturor, de a cărui păstrare şi promovare răspundem cu toţii, participă întreaga populaţie.

În aceste condiţii, în ţările socialiste, cum este ţara noastră, conceptul de *„sănătate pentru toţi"* este un bun de mult cîştigat, iar sănătatea face parte integrantă din sistemul complex al creşterii calităţii vieţii.

19.

Economia sanitară în formarea şi în activitatea medicului

Este clar, experienţa ultimelor decenii a demonstrat, fără înconjur, că medicul nu mai poate acţiona fără cunoştinţe de economie sanitară. În toate ţările, se recunoaşte că medicul actual a devenit un ordonator de cheltuieli al statului : fiecare prescriere

Scanned with CamScanner

și semnătură a medicului are repercusiuni în bugetul sănătății, care se resimte tot mai mult, în funcție de costul tot mai ridicat al tehnicilor medicale moderne și al mijloacelor terapeutice, din ce în ce mai eficace, dar și mai scumpe. Pînă de curînd, părea imposibil de conceput să alăturăm noțiunea de economie lîngă aceea de sănătate. Și totuși, s-a răspuns acum limpede :

„Sănătatea nu are preț, dar are totuși un buget".

Cum s-a ajuns la această situație, în care trebuie căutată — permanent — o cumpănă justă între cererea de îngrijiri medicale și cheltuielile pe care acestea le implică ?

Costul crescînd al asistenței medicale

În toate țările, cheltuielile în scopuri medicale sînt în creștere continuă. An de an, aceste chetuieli sporesc cu diferite procente, după țară. Astfel, în Franța, în perioada 1960—1969, cheltuielile pentru sănătate au crescut de la 4,5% la 6,25% din produsul național brut (7). Tot în Franța, în perioada 1966—1974, cheltuielile populației în scopuri medicale au crescut de 3 ori, iar în R. F. Germania ele au crescut de 10 ori, în perioada 1960—1973. În S.U.A., aceste cheltuieli au sporit și mai mult, cu 300% în deceniul 1965—1974 (8), iar tendința este de creștere : de la 120 de miliarde dolari, în 1973, la fantastica sumă de 163 de miliarde, în 1978 (9). Consumul pentru sănătate din produsul național brut a trecut de la 5%, în 1957, la 9%, în 1978 ! Din analiza bugetului familial, rezultă că 15% din buget se cheltuiește pentru scopuri medicale (o creștere de 100%, față de 1970).

O primă explicație a acestei creșteri în spirală a cheltuielilor pentru îngrijirea sănătății rezidă în imensul progres al medicinii moderne, care oferă tot mai perfecționate *și mai scumpe* mijloace de diagnostic, profilactice și terapeutice. În același timp, informația medicală a publicului, educația sanitară, a conștientizat și a intensificat tot mai mult atenția populației spre îngrijirea sănătății.

Se pare că asistăm, în acest domeniu al îngrijirilor medicale, la o situație cu totul deosebită. În contrast cu alte domenii ale activității umane, în îngrijirea sănătății *oferta acționează invers :*

7) PÈNE P. — L'économie médicale, *Nouvelle Presse méd.*, 1972, 30, 1969.
8) * * * — *Scînteia*, 1976 (15 Octombrie).
9) DRESNIK ST. și colab. — The physician's role in the costcontainment problem., *J. Amer. med. Ass.*, 1979, *241*, 606.

Scanned with CamScanner

creează și crește cererea (10). În același sens, explică acest fenomen și alți autori (11) :

„Contrar primelor impresii, pe măsură ce se fac tot mai puternic simțite victoriile științei medicale și progresele tehnicii, consumul medical crește, costul asistenței medicale devine tot mai scump, iar fondurile atribuite sănătății trebuie continuu majorate, atît ca valoare absolută, cît și ca pondere în produsul național brut".

S-a ajuns astfel, la ceea ce s-a numit *„paradoxul sănătății"* : cu cît acesta se ameliorează, cu atît costul ocrotirii și promovării sănătății crește. Mulți medici și economiști din numeroase țări s-au alarmat în fața ritmului cheltuielilor medicale, care cresc mai repede decît venitul național, depășind și posibilitățile celor mai bogate țări.

Tot astfel, comentează E. Powell, în Anglia : „cererea pentru asistența medicală este infinită, dar resursele sînt finite" (12). Nici o țară nu-și poate permite să acorde mai mult decît poate oferi, din bugetul său, pentru sănătate.

În această situație, medicul contemporan se află într-o poziție de mare responsabilitate, nu numai pe plan economic, dar și etic. El a fost consacrat astăzi ca un *„ordonator de fonduri publice"*, calitate în care deține responsabilități financiare concrete și cărora trebuie să le facă față cu cunoștințele și experiența sa, în cadrul multelor sale responsabilități.

Nașterea economiei sanitare

Astfel, de două-trei decenii, s-a născut *economia sanitară*, disciplină de graniță între economie și medicină, introdusă și în învățămîntul medical, în ultimii ani, în majoritatea țărilor, între care și în țara noastră (1975), pentru a forma „o gîndire economică viitorilor medici și a-i obișnui cu raționamentul economic, cu necesitatea de a se raporta la interesul general în stabilirea fiecărei decizii și a ști să îmbine în modul cel mai judicios criteriile sociale și umanitare cu cele economice" (13).

10) PETERSDORF R. G. — The doctor's dilemma. *N. Engl. J. Med.*, 1978, 299, 628.
11) COROI V., HUSZAR T. — Economicitate și umanism. *Viața med.*, 1976, *10*, 313.
12) LISTER J. — By the London Post, *New Engl. J. Med.*, 1979, 299, 936.
13) LUPAȘ IOANA — Economie sanitară (2 vol.), Litografia I.M.F. București, 1978 și 1979.

Scanned with CamScanner

Înțeleasă astfel, economia sanitară este definită ca „știința care studiază formele de manifestare ale legilor economice, în sectorul sanitar, avînd ca obiect elaborarea căilor și metodelor de folosire rațională a resurselor materiale, financiare și umane, concomitent cu rezolvarea optimă a problemelor de ocrotire a sănătății, în vederea îmbunătățirii continue a stării de sănătate a populației și a obținerii, pe această cale, a creșterii producției, a productivității muncii și a venitului național" (13).

În acest scop, se studiază : nevoile de asistență sanitară ale țării (bugetul social și sanitar), problemele economice ale consumului sanitar, spitalizarea, consumul de medicamente, analiza cantitativă și calitativă a factorilor de creștere a cheltuielilor pentru sănătate, eficiența serviciilor sanitare și metoda de studiu, rolul lor în producția socială, eficiența acțiunilor profilactice.

Studiile de economie sanitară pot aduce contribuții interesante cu privire la activitățile sanitare, spre exemplu :

— studiul comparativ al costului de îngrijire a bolilor respiratorii, în mai multe spitale (14) ;

— eficiența economică și eficacitatea medicală a unei acțiuni profilactice : vaccinarea antirujeolică (15).

Unele cauze ale creșterii cheltuielilor medicale

Am arătat mai înainte tendințele de creștere a consumului medical. Cauzalitatea este complexă. Așa cum arată autorii unui articol, citat anterior (11), „pe măsură ce eforturile majore ale acțiunilor sanitare se îndreaptă către cei doi poli opuși ai vieții : scăderea mortalității infantile și prelungirea duratei medii a vieții (speranța de supraviețuire), cheltuielile cu aceste acțiuni devin tot mai scumpe".

Creșterea ponderei persoanelor vîrstnice în populație constituie un factor important de scumpire a asistenței medicale, bătrînii situîndu-se la un mare consum medical. Astfel, după o statistică suedeză, o persoană de peste 65 ani consumă de 5 ori mai multe medicamente decît una de 30 de ani.

Nu se poate trece cu vederea, astăzi, că nevoile pentru sănătate sînt prioritare, vitale și satisfacerea lor este cu atît mai mult

14) LUPAȘ IOANA și colab. — În volumul de rezumate al lucrărilor prezentate la cea de a 28-a sesiune de comunicări a cercurilor științifice studențești, I.M.F.-Buc., 1983.

15) DUȚESCU RODICA, DOGĂRECI D. — ibid.

Scanned with CamScanner

solicitată, *cu cît cunoștințele sanitare în cultura generală a omului contemporan cresc.*

De asemenea, nu poate fi ignorată *obligația etică a medicului,* etern valabilă, de a ajuta fiecare bolnav, cu toate posibilitățile terapeutice, profilactice și de recuperare pe care le are la dispoziție. Eutanasia, chiar în forma cea mai voalată, aceea pasivă, a fost și va fi totdeauna condamnată de medici și de medicină. Lupta împotriva bolii nu poate fi redusă numai la noțiunea de rentabilitate ; viața omului are valoarea sa proprie.

Pe de altă parte, tehnicile medicale moderne, de explorare sau terapeutică, ca și medicamentele, sînt mult mai costisitoare față de mijloacele de altă dată.

Acest aspect îngrijorător rezultă mai ales din studiile costului spitalizării. *Spitalele se află astăzi la ora socotelilor* (16). Numai ele absorb 54% din bugetul sănătății în Franța (situație similară cu a altor țări), iar costul unei zile de spitalizare a crescut de 4 ori față de acum 15 ani (16).

Spitalizarea, care este dintre toate formele de asistență medicală cea mai scumpă, trebuie bine justificată pentru internarea fiecărui caz. Pe de altă parte, *durata spitalizării contează foarte mult,* orice prelungire inutilă consemnînd o cheltuială în plus și privarea altor bolnavi de a fi internați. După Denoix (17), numai o zi mai puțin de spitalizare, pe bolnav, în Franța, ar permite internarea a 115 000 bolnavi mai mult pe an. Este cunoscută observația că bolnavii de tuberculoză continuă să fie ținuți în sanatorii și în concedii medicale, ca și în perioada dinainte de chimioterapie (18).

Chiar în cadrul spitalelor, trebuie deosebite : spitalele scumpe (de urgență și de reanimare), spitalele obișnuite și spitalele de cronici sau cămine-spital (mult mai puțin costisitoare), pentru internarea selectată a bolnavilor. Chiar pentru spitalele cu profil similar, costul îngrijirii variază de la simplu la triplu (16). Astfel, costul unui pat de chirurgie la spitalul *G.* din București este de 28 624 lei pe an, în timp ce la spitalul *M.* este numai de 19 734 lei (13). Cu toții cunoaștem că există medici „scumpi", față de alții care tratează cu aceeași eficacitate, dar mai ieftin.

16) JACQUES M. — L'heure des gestionnaires, *L'Express,* 1980 (19 avril), p. 58.
17) DENOIX P. — Léçon inaugurale, *Rev. Hospitalière,* 1966, *194,* 774.
18) BENJAMIN B. — Utilizarea personalului de sănătate și din spitale, *Chronique O.M.S.,* 1971, 12, 583.

Scanned with CamScanner

În același sens, se plasează și prescrierea abuzivă de analize. Numai în București, în 1982, s-au efectuat peste 17 milioane de analize (19).

Soluții : medicul-homo economicus ?

Față de cele de mai sus, unele măsuri de raționalizare a actelor medicale sînt inevitabile. Medicul trebuie să gîndească și *economic* și — fără a leza nici un moment securitatea sănătății bolnavilor — el poate să pună diagnosticul și să trateze tot atît de eficace, dar mai puțin costisitor. Exemple :

— *S-a putut scădea cu 30% numărul analizelor de laborator,* după un studiu făcut într-un spital (9). Dintre electroforezele cerute, s-a apreciat că numai 50% erau necesare.

— *Prescrierile abuzive de medicamente* constituie un alt factor, asupra căruia se poate acționa. Orice șef de clinică sau de secție poate recunoaște că, făcînd un control zilnic al medicamentelor prescrise de colaboratorii săi, le poate reduce cu 20—30% !

— Medicul trebuie să cunoască bine care este costul fiecărei analize medicale, fiecărui act terapeutic. Exemple : o simplă hemogramă costă 84 de lei, o scintigramă 1 700 lei etc.

— *Ocuparea optimă a paturilor,* ca și folosirea judicioasă a legăturilor funcționale cu policlinica și cu cabinetele de circumscripție, permit de asemenea o utilizare rațională și economică a fondurilor pentru sănătate.

— Orice *concediu medical* trebuie să exprime, ca durată și indicații, soluția cea mai adecvată pentru securitatea refacerii bolnavului, dar fără nici o prelungire inutilă, costisitoare pentru întreaga colectivitate. Durata concediilor acordate constituie pentru medic nu numai un criteriu de apreciere profesională, dar și etică, și totodată de înțelegere a economiei medicale.

Medicul nu trebuie să uite că finalitatea actelor medicale trebuie să conducă la păstrarea ori la recuperarea rapidă a sănătății și la prevenirea incapacității de muncă, dacă aceasta apare. Concediul nu este „un dar", care se face bolnavului de medicul „generos", ci un act în scop terapeutic.

Instituite din timp, toate acțiunile terapeutice trebuie să vizeze o recuperare cît mai rapidă a bolnavului. Un astfel de stil de muncă are ca rezultat nu numai o eficiență economică, dar are și

19) PĂTRAȘCU IOANA — Exigențe actuale ale actului medical, *România liberă,* 1983 (26 aprilie).

Scanned with CamScanner

un efect profilactic, de prevenire a eventualelor cronicizări, sechele și invalidități.

Așa cum arată O. Berlogea (20), pentru a exemplifica eficiența economică a actului medical, „dacă numărul de zile de incapacitate temporară de muncă, pe angajat, ar scădea cu 1 zi pe an, s-ar realiza pe economie un cîștig de 6 407 000 zile de muncă".

Creșterea acțiunilor de recuperare („a treia fază a medicinii"), la toate nivelurile de asistență medicală, începînd chiar din perioada acută a bolii, conduce nu numai la o recuperare mai rapidă, dar și la o scădere a celor expuși la invaliditate și deci la pensionarea de boală. Un exemplu îl aduce cercetarea recentă, efectuată în cadrul unei teze de doctorat la I.M.F.-București, intitulată „Studiul eficienței tratamentului balneo-fizical precoce în recuperarea funcțională a unor stări posttraumatice a membrelor" (21). S-au urmărit comparativ 3 loturi de bolnavi, și anume : în primul lot, tratamentul recuperator s-a început precoce, din perioada acută a imobilizării ; în lotul al II-lea, s-a început după 30 de zile de la imobilizare ; în lotul al III-lea, s-a început mai tîrziu (1—4 luni). A rezultat că perioada de incapacitate temporară de muncă a fost cu atît mai scurtă, cu cît tratamentul recuperator s-a aplicat mai precoce, astfel : în lotul I, perioada de incapacitate temporară de muncă a fost de 59 de zile, față de 73 de zile în lotul al II-lea și de 117 zile în lotul al III-lea. Cifrele de mai sus sînt adînc grăitoare, pentru eficiența economică a *actului medical de recuperare aplicat precoce.*

Sînt și alți factori, cu eficiență economică, asupra cărora se poate acționa. Astfel :

— *risipa de competențe, la diversele eșaloane ale serviciilor de asistență medicală,* ceea ce necesită o corectare pe plan organizatoric, pentru o mai eficientă utilizare a cadrelor ;

— *educația sanitară a populației, pentru a înțelege și a aprecia valoarea economică a actelor medicale,* folosite cu discernămînt, și nu a abuza de ele ;

— *economicitatea acțiunilor profilactice.*

Un exemplu îl constituie rezultatele acțiunilor antipaludice. În 1951, Organizația Mondială a Sănătății a arătat că, datorită luptei antipaludice în insula Mauricius, rata mortalității generale

20) BERLOGEA O. — Locul și rolul asistenței medicale în dezvoltarea economico-socială a României Socialiste. Comunicare la simpozionul „Lupta progresistă și revoluționară a cadrelor medico-sanitare". București, 24.04.1976.

21) STANCIU I. — Studiul eficienței tratamentului balneo-fizical precoce în recuperarea funcțională a unor stări posttraumatice a membrelor. Teză de doctorat I.M.F.-București, 1976.

Scanned with CamScanner

a fost redusă la jumătate și aceasta cu cheltuieli de numai 0,5 dolari pe locuitor. Un alt exemplu îl constituie vaccinarea antirujeolică. Așa cum arată Schreier, în S.U.A., programul de vaccinare antirujeolică, care a costat 1 dolar pe copil vaccinat, a prevenit (în perioada 1965—1972) 30 de milioane de îmbolnăviri, a salvat 2 900 vieți și a prevenit 8 900 de cazuri de întîrziere mintală. În acest mod, s-a economisit 1,8 miliarde dolari, adică 73 de dolari economisiți pe fiecare caz prevenit (22). Rezultate similare, privind economicitatea vaccinării antirujeolice, au adus pentru țara noastră studiul efectuat în județul Dolj (23) și cel recent efectuat de Ioana Lupaș și colab. (13).

Orientarea puternic preventivă a tuturor actelor medicale, în toate etapele, de la profilaxia primară, totală, la cea secundară și la cea terțiară (recuperarea rapidă a capacității de muncă) este un alt factor, cu eficiență economică, asupra căruia se poate acționa.

„Medicina trebuie apreciată nu după numărul actelor medicale, ci după calitatea lor" (24).

În mod deosebit, orientarea puternic preventivă a medicinii moderne și aprecierea valorii actelor medicale a rezultat pentru toți medicii din țara noastră, din cuvîntarea tovarășului Nicolae Ceaușescu, președintele Republicii Socialiste România, la ședința de constituire a Consiliului Sanitar Superior :

„Noi nu vom judeca rezultatele activității medicale după numărul consultațiilor — cum se face acum — sau după numărul injecțiilor și vaccinărilor — care se fac și cînd trebuie și cînd nu trebuie — sau după consumul de medicamente ; le vom judeca după gradul de sănătate a populației, după reducerea timpului pierdut de societate, prin neprezentarea la lucru a unor cetățeni, datorită stării sănătății".

Economicitate și umanism

Desigur, poziția de mînuitor de fonduri publice în problemele sănătății, îi creează medicului, uneori, probleme de conștiință, cu privire la utilizarea lor rațională. Considerăm însă că un medic dotat cu bune cunoștințe de economie sanitară, va putea să găsească mult mai bine o justă îmbinare între umanismul medical și economicitatea actelor medicale.

22) SCHREIER H. — On the failure to eradicate the measles, *New Engl. J. Med.*, 1974, 190, 803.

23) DINCĂ LEONTINA. Studiul unui vaccin antirujeolic, Teză de doctorat, I.M.F.-București, 1982.

24) LĂPUȘAN I. — Responsabilitatea economică a personalului medico-sanitar, *Muncitorul Sanitar*, 1972 (22.8)

Scanned with CamScanner

În numele umanismului, medicul nu are dreptul să angajeze cheltuieli nelimitate și necontrolate, încît să lipsească pe alții de posibilități terapeutice necesare și, uneori, mai puțin costisitoare. El trebuie să cunoască perfect costul fiecărui act medical, al fiecărui medicament, pentru a acționa în cadrul posibilităților financiare existente, fără a știrbi cîtuși de puțin din conținutul profund umanist al activității medicale (11).

În același scop, sînt necesare cercetări de economie sanitară, ca și consfătuiri științifice cu această temă, la care să participe medici și economiști, pentru aprofundarea continuă a acestei probleme de graniță între medicină și științele economice.

Medicul de astăzi se va deosebi treptat tot mai mult de cel de altă dată, nu numai prin competența crescută, dar și prin profilul complex al responsabilităților sale multiple.

Așa cum îl intitulează Denoix (17) : *Homo medicus hospitalensis, generosus, economicus.*

20.

Raționalizarea analizelor de laborator[1]

De la început dorim să precizăm că, prin raționalizarea analizelor de laborator, se înțelege o *prescriere și utilizare rațională a acestora,* pe baza unui plan de diagnostic bine orientat, a unei gîndiri logice, în contrast cu urmărirea unui diagnostic la întîmplare, prin cît mai multe analize, cerute fără o rațiune precisă. Nu este vorba deci *nici de o restrîngere,* în atributele clinicianului, și *nici de o constrîngere,* prin acceptarea unei conduite imuabile și obligatorii, ci — mult mai simplu — de o solicitare rațională a fiecărei analize.

Clinicianul, căruia îi revine marea responsabilitate a vindecării și a vieții bolnavului, de obicei, nu a privit cu ochi prea buni astfel de măsuri intitulate „raționalizarea analizelor de laborator" ori „selectarea programelor de analize în laboratorul clinic", ceea ce i-ar crea impresia unui tipar obligatoriu în conduita utilizării laboratorului. Cu toate aceste reticențe, recunoscînd dreptul clinicianului ca — în cazuri deosebite, urgente și dificile — *să decidă singur utilizarea maximă a mijloacelor de investigație,* s-a conturat tot mai mult, în ultimii ani, și în toate țările, *necesitatea unei raționalizări în utilizarea laboratorului.* În acest sens, au apărut nume-

Scanned with CamScanner

roase sesizări în revistele de specialitate din diferite ţări. În ţara noastră, secţia de laborator clinic a U.S.S.M. a dezbătut în mai multe rînduri raţionalizarea examenelor de laborator, în cadrul unor comunicări privind : programe minimale şi maximale, selectarea şi ierarhizarea examenelor de laborator, studii comparative ale unor metode, relaţii laborator-clinică etc. (25).

O serie de motive importante au determinat aceste preocupări actuale, şi anume :

— aspectele de solicitare necorespunzătoare a testelor de laborator existente, insuficient cunoscute sau incompetent utilizate ;

— împovărarea laboratoarelor cu un număr crescînd de analize, în parte justificate, dar în mare parte nu.

O mare problemă : proliferarea continuă a investigaţiilor de laborator

An de an, încărcarea cu lucru a laboratoarelor clinice a crescut considerabil. Astfel, în S.U.A., peste 4,5 miliarde de analize de laborator clinic se efectuează în fiecare an (26), iar costul lor s-a ridicat la 12 miliarde dolari, reprezentînd 10% din fondul total pentru sănătate (27). În Anglia , numărul de cereri de analize de laborator s-a dublat în decurs de 10 ani (28), trecînd de la 22 de milioane, în 1961, la 45 de milioane, în 1971. După Whitby, citat de Salkie (28), *creşterea numărului de analize de laborator se cifrează la 15% pe an,* iar viteza actuală de creştere este chiar mai mare. Aspecte similare se constată şi în ţara noastră. Într-o consfătuire de specialitate (25), s-a dat ca exemplu activitatea laboratoarelor Institutului de Medicină Internă din Bucureşti, al căror volum de muncă s-a dublat în ultimii 5 ani (29).

Cauzele acestei creşteri substanţiale sînt multiple. Enumerăm cîteva :

— *Extinderea şi repetarea unor teste,* în funcţie de progresul asistenţei bolnavilor (monitorizarea bolnavilor din secţiile de terapie

25) * * * — Selectarea programelor de analiză în laboratorul clinic, Consfătuire a Secţei de laborator clinic a U.S.S.M.-Bucureşti, 5—6 noiemb., 1976.
26) YOUNG D. — Clinical laboratory testing, *Mayo Clin. Proc.*, 1978, 53, 475.
27) CONN R. — Clinical laboratories. Profit Center, production industry or patient care ressource ? *New Engl. Med. J.*, 1978, 298, 422.
28) SALKIE L. M. — Too many tests ? *Lancet*, 1972, *II*, 915.
29) BRUCKNER I. — Necesitatea raţionalizării investigaţiilor de laborator în medicina internă. Consfătuirea secţiei de laborator clinic, Bucureşti, 5—6 noiemb., 1976.

Scanned with CamScanner

intensivă, testele de coagulare și imunologice în controlul evoluției hepatitei virale și multe altele).

— *O investigare mai cuprinzătoare, cu mai multe teste, a unei părți tot mai mari a populației* (controlul preventiv în uzine ; programe de depistare în masă, pentru boli cardiovasculare, cancer, diabet ; variate afecțiuni de dispensarizare, ca reumatismul articular acut etc.).

— *Creșterea ponderei în populație a persoanelor vîrstnice,* al căror „consum medical" (consultații, analize de laborator, consum de medicamente) se apreciază a fi de 5 ori mai mare față de persoanele tinere.

— *Introducerea de noi teste de laborator.* În fiecare an, se descoperă și se introduc noi teste de laborator, multe cu aceeași semnificație și cu aceeași valoare ca cele anterioare, conform unei opinii greșite și înrădăcinate : „cu cît mai multe, cu atît mai bine" (28). Sînt clinicieni care vorbesc cu mîndrie de o „enzimogramă" cît mai complicată, în diagnosticul bolilor hepatice, ori prescriu numeroase teste de disproteinemie, deși o apreciere rațională a acestora și corelarea lor nu arată rezultate superioare ale unora față de altele. După Young (26), numărul mediu al analizelor pentru un diabetic cu cetoacidoză a crescut în 3 ani la 27%, fără o reducere aparentă în durata spitalizării, deci fără un efect favorabil pentru bolnav sau pentru economia sanitară.

Despre valoarea discutabilă a multor teste de laborator, evaluate prin criterii științifice, s-a scris adesea, însă fără să se obțină totdeauna eliminarea lor din practică, multe asemenea analize persistînd ca un balast inutil pentru activitatea laboratoarelor.

După Holland și Whitehead (30), orice nou test trebuie evaluat după o serie de criterii științifice, și anume :

— *precizia* (în legătură cu repetabilitatea testului) ;

— *acurateța,* ceea ce se obține printr-o bună *standardizare* și o descriere precisă și detaliată a tehnicii pentru a fi reprodusă și de alții ;

— *sensibilitatea,* evaluată prin proporția de persoane afectate, care sînt depistate prin pozitivitatea testului respectiv ;

— *specificitatea,* evaluată prin proporția de persoane neafectate, la care testul este negativ ;

— *discriminarea,* apreciată prin calitatea unui test de a separa persoanele cu o condiție morbidă de cele fără acea condiție morbidă (se bazează pe valorile de sensibilitate și specificitate ale testului respectiv) ;

30) HOLLAND W., WHITEHEAD T. — Value of new laboratory testes in diagnosis and treatment, *Lancet,* 1974, *II,* 391.

Scanned with CamScanner

— *acceptabilitatea* de către persoanele la care se aplică ;

— *eficacitatea* noului test, prin aprecierea dacă noul test aduce, în comparaţie cu cele deja cunoscute, o îmbunătăţire în direcţiile următoare : diagnostic mai precis, în vederea îmbunătăţirii terapiei şi vindecării bolnavului ; progres de ordin epidemiologic şi profilactic (o mai bună depistare a purtătorilor de germeni etc.) ; valoare predictivă, pentru evoluţia şi viitorul bolnavului, pe care nu o putem obţine cu testele în uz ;

— *economicitatea testului propus,* cîntărind avantajele pe care le aduce, pe baza criteriilor enunţate, în comparaţie cu costul pe care noul test îl necesită.

Iată deci cîte condiţii ar trebui să îndeplinească un nou test de laborator, înainte de a fi acceptat şi introdus în practică.

Din această cauză, ni se pare foarte justificată concluzia unui specialist, care spune :

„Dacă un nou test nu reprezintă o îmbunătăţire, acesta nu trebuie introdus ; dacă noul test aduce o îmbunătăţire, atunci un alt test mai vechi, trebuie scos din uz“ (28).

Într-adevăr, dacă nu vom proceda astfel încărcarea laboratoarelor va ajunge atît de mare, încît, fără o raţionalizare a analizelor sau recurgerea la automatizarea acestora, laboratoarele nu vor mai putea răspunde cererilor, nici prompt, nici cu rezultate calitativ corecte. Iar specialistul de laborator — aşa cum s-a spus în cadrul consfătuirii de laborator clinic citate (25), „este expus să devină un tehnician supraaglomerat, care execută mii de analize şi completează mii de buletine, acţionînd ca un robot şi cu totul detaşat de finalitatea muncii sale“ (31).

Direcţii de rezolvare

Faţă de situaţia arătată, de suprasolicitare a laboratoarelor — cu perspective de accentuare — s-au preconizat soluţii şi recomandări, dintre care unele au fost introduse în practică, iar altele caută să cîştige teren.

Modernizarea laboratoarelor reprezintă o soluţie deja aplicată în multe laboratoare din lume prin : *introducerea mecanizării,* în multe activităţi de laborator ; *automatizarea unor analize curente,* pînă la automatizarea întregului laborator cu maşini electronice de calcul ; *introducerea de micrometode* şi a altor progrese tehnice.

31) PEREDERI LENŢA — Raţionalizarea analizelor de laborator. Referat Clinica I de boli infecţioase, Spitalul clinic de boli infecţioase Colentina-Bucureşti, noiemb., 1976.

Scanned with CamScanner

În acest mod, randamentul și calitatea activității laboratorului clinic cresc considerabil, putînd face față în mare parte solicitărilor mereu crescînde de analize. În țara noastră, specialiștii în problemă au publicat, încă din 1967 (32)(33), articole informative privind *modernizarea laboratorului clinic*, precum și propuneri pentru introducerea mecanizării și automatizării în aceste laboratoare.

În această direcție, tehnica modernă a adus progrese considerabile de care nici un laborator actual nu ar trebui să mai fie lipsit.

Raționalizarea analizelor de laborator constituie o altă direcție de acțiune, tot atît de importantă, pentru a face față solicitărilor actuale. Așa cum s-a conturat foarte clar din dezbaterile consfătuirii mai sus menționate (25), *prin raționalizare nu trebuie înțeleasă o restrîngere nejustificată și arbitrară a explorărilor*, ci numai *o utilizare rațională și logică a acestora*, rezultată printr-o informație reciprocă și o colaborare exemplară între clinician și specialistul de laborator. Pot fi citate numeroase exemple din practica zilnică de prescrieri abuzive de analize din partea clinicianului, unele nefondate, altele la cererea bolnavilor, eventual, chiar toate analizele posibile !

Modalitatea de a raționaliza analizele de laborator, de a selecta anumite analize pentru anumite scopuri, trebuie privită deosebit, în funcție de obiectivele clinicianului, de acelea ale epidemiologului de teren, sau de ceea ce urmărește prin așa zisul „screening" (depistarea în masă a unor afecțiuni, printr-un program de analize de laborator). În cele ce urmează, ne vom referi la laboratorul clinic.

Rolul clinicianului în raționalizarea analizelor

Față de obiectivele clinicianului, laboratorul este indispensabil în elaborarea diagnosticului, în vederea unui scop precis : stabilirea tratamentului eficient, precum și mai departe, pentru conducerea judicioasă a acestui tratament.

În utilizarea laboratorului, clinicianul (în sensul exact al noțiunii de clinician !) pornește de la o *ipoteză de diagnostic*, rezultată dintr-o anamneză *lege artis* și un examen clinic minuțios, pe baza cărora el elaborează *un plan de investigații paraclinice*, orientat pentru cazul respectiv, cu particularitățile lui. Nu poate fi vorba

32) BALȘ M. — Aspecte și posibilități actuale de modernizare a laboratorului clinic, *Viața med.*, 1967, 6, 363.
33) BALȘ M. — Mecanizarea, automatizarea și mașini de calcul în laboratorul clinic, *Viața med.*, 1967, 7, 433.

Scanned with CamScanner

deci de un plan impus și arbitrar, ci de un plan *orientat* și *logic*, pentru a obține diagnosticul exact cît mai rapid.

Este foarte criticabilă atitudinea acelor medici de a „pescui diagnosticul" la întîmplare, printr-o prescriere copioasă (abuzivă sau așa-zisă exhaustivă) de analize, sperînd ca din lunga listă comandată să iasă un diagnostic. De fapt, adevăratul clinician caută să obțină *maximum de informații*, cu *minimum de analize*, ori cu un plan de analize eșalonate, din care diagnosticul poate să rezulte chiar de la prima „salvă" de analize cerute. Se poate cita, de exemplu, inutilitatea determinării chimismului gastric prin tubaje, cînd dispunem deja de un diagnostic de certitudine de neoplasm gastric sau de ulcer gastric, prin endoscopie sau prin examen radiologic.

Un clinician informat din literatură, ca și pe baza experienței sale, nu recurge la analize la întîmplare, ci își formulează, pentru anumite situații morbide, un plan de investigații, pe care îl aplică la toți bolnavii în aceeași situație (oricînd îmbogățit cu ceea ce este nou și util). Se poate cita, spre exemplu, *planul de explorări biochimice, imunologice și histologice, prin care se apreciază dacă o hepatită virală, ajunsă la 3 luni de evoluție, se îndreaptă în sensul unei hepatite prelungite cu tendință la vindecare sau spre cronicizare și evoluție cirogenă.* Astfel de programe de analize se pot face în colaborare cu laboratorul pentru diferite situații morbide cunoscute. Sînt apoi utile programele de analize minimale, obligatorii pentru fiecare bolnav, și programele minimale pentru anumite situații morbide care se pot amplifica, pe parcurs, în funcție de particularități individuale. Există programe de analize obligatorii pentru situații de urgență, în unitățile de reanimare și terapie intensivă. Sînt cunoscute și programele de analize privind persoane aparent sănătoase, controlate prin 50—100 de teste (așa-zisul *check-up*, apreciat însă și ca foarte costisitor).

Cu cît este mai slabă pregătirea clinică a unui medic, cu atît este mai mare solicitarea sa de analize de laborator, atitudine consumatoare de timp, obositoare pentru bolnav și neeconomicoasă pentru stat : „un medic scump".

Clinicianul trebuie să știe să reziste presiunilor exercitate asupra sa, care conduc la o proliferare nejustificată a analizelor de laborator și care vin îndeosebi din următoarele direcții :

— din partea bolnavilor, care propun ei înșiși analize nejustificate sau chiar „toate analizele" ;

— din partea literaturii medicale, care abundă în descrierea de noi teste de laborator ori de tehnici insuficient verificate ;

Scanned with CamScanner

— din partea unei părți a medicinii occidentale, care încredințează diagnosticul numai laboratorului, trecînd bolnavul printr-o uzină de analize, cu consecințe care conduc la dezumanizarea medicinii și la depersonalizarea bolnavului.

În ceea ce privește situațiile de urgență, *cu diagnostic ascuns și pericol quo ad vitam* pentru bolnav, rămîne însă un drept al clinicianului ca el să ceară *toate investigațiile necesare, prin care să acopere un spectru cît mai larg de probabilități și ipoteze de diagnostic.*

Relații între clinician și laborator

Pentru reușita tuturor acelor acțiuni, consacrate rezolvării favorabile și obținerii cît mai rapide a vindecării bolnavului, este necesar ca între clinician și specialistul de laborator să fie *o legătură strînsă de colaborare, exprimată printr-o continuă informare reciprocă.* Așa cum arătam într-un editorial apărut în 1970 (34) :

„Clinicianul are îndatorirea ca — în anumite cazuri — să ia legătura directă cu specialistul de laborator, pentru a sugera linia principală de investigații, pentru orientarea cercetărilor de laborator și *alegerea celor mai adecvate tehnici.* În același timp, specialistul de laborator informează clinicianul, pe parcursul cercetărilor sale, asupra datelor preliminare obținute, pentru orientarea clinicianului pe anumite căi de diagnostic. În mod expresiv, aceste relații au fost comparate cu informații de tip *feed-back* pozitiv, din domeniul ciberneticii.

Maniera inversă este lipsa de orice legătură ori raporturi de tip birocratic, tendința de izolare a fiecăruia, din motive rău înțelese sau din pură ignoranță.

În fine, numai printr-o colaborare strînsă între clinică și laborator este posibil să se obțină o ameliorare continuă a diagnosticului și o verificare practică largă a valorii testelor de laborator, pe baza acelui spectru de criterii enunțat mai înainte și care cuprind (pentru fiecare test) : precizia, acuratețea, sensibilitatea, specificitatea, accesibilitatea, eficiența și economicitatea — toate acestea respectînd atît dreptul bolnavului, cît și interesul colectivității.

34) VOICULESCU M. — Clinician și laborator, *Viața med.*, 1970, 8, 338.

Scanned with CamScanner

21.

Criterii pentru calitatea muncii unui spital

„Măreţia unei şcoli constă mai mult în creare şi nu în cărămizi"

W. OSLER

În ultimul timp, a apărut tot mai necesar controlul calităţii muncii serviciilor medicale, ţinînd seama că deţinerea unui înalt standard de calitate este de o importanţă decisivă pentru asistenţa medicală. Este de datoria medicinii însăşi să-şi facă, în acest scop, analize autocritice, care — efectuate în interiorul ei, *intraprofesional* — nu vor submina încrederea publicului în posibilităţile artei şi ştiinţei medicale.

„Numai dacă medicina demonstrează regulat şi deschis publicului că îşi menţine competenţa profesională şi conduita etică, atunci va putea să se autoconducă" (se spunea recent într-o revistă medicală).

Recunoscînd această necesitate, indispensabilă pentru progresul activităţii medicale, se ridică însă o serie de *dificultăţi,* care trebuie depăşite :

— lipsa unor criterii reprezentative, obiective şi verificate, pentru aprecierea calităţii activităţii medicale (35) ;

— pericolul alunecării către o metodologie predominant tehnocratică şi birocratică, pentru aprecierea acestei activităţi ;

— nu totdeauna, cei care fac aprecierile posedă şi competenţa cea mai înaltă.

Referindu-ne numai la prima problemă, aceea a stabilirii criteriilor de apreciere a calităţii activităţii medicale, trebuie să recunoaştem cît de complexă şi de dificilă este această evaluare, în comparaţie cu controlul calităţii în uzine şi în alte întreprinderi şi instituţii. Este vorba nu numai de alegerea unor criterii corespunzătoare de judecată, dar şi de întreaga metodologie de lucru, de durata acţiunii de observare, de ponderea care se acordă fiecărui criteriu de judecată, de existenţa multor elemente variabile, precum şi de alte elemente, care nu pot fi codificate, pentru stabilirea nivelului de calitate.

Astfel, este extrem de important, *în judecarea calităţii activităţii unui spital, de a se aprecia cum se realizează acea triplă joncţiune între : asistenţa medicală* (responsabilitatea clinică), *în-*

35) PFLANZ M. — Beurteilung der Qualität ärztlicher Verrichtangen, *Münch. Med. Wschr.,* 1968, 35, 1944.

Scanned with CamScanner

vățămînt (preocuparea de perfecționare, formarea de „școală medicală") și *cercetare* (gîndirea științifică, preocupări de inovație), care — în ansamblu — conferă un important criteriu de siguranță pentru calitatea actuală și viitoare a spitalului.

„*Realizarea unei unități tot mai strînse între învățămînt, cercetare și producție*", așa cum a indicat tovarășul *Nicolae Ceaușescu*, reprezintă în țara noastră linia fundamentală de orientare (36).

„Gîndirea științifică trebuie să aparțină ca o responsabilitate majoră tuturor medicilor" (37) ; dar, cum se poate constata aceasta de către o comisie, în scurt timp ?

Tot atît de importantă este de a stabili *modul cum se reflectă, activitatea spitalului respectiv, în teritoriul arondat.* Ce criterii se pot lua în acest scop ? Scăderea morbidității și a mortalității ; creșterea nivelului de igienă, de viață, alimentar etc. ? (dacă considerăm că spitalul trebuie să fie un centru de învățare a păstrării sănătății).

Din cauza acestor dificultăți reale, există tendința ca, în acțiunile de control sanitar, să se recurgă la criterii (deseori) de suprafață și frecvent birocratice. Desigur, nu contestă nimeni valoarea consemnării, a efectuării corecte a actelor scrise medicale. Se poate spune că fiecare dosar medical este un adevărat document științific și medico-legal, putînd fi apreciat „tot atît de important ca un articol publicat într-o revistă sau ca un capitol al unui tratat" (38). Dar — pe de o parte — nu trebuie ca această activitate de consemnare să capete o pondere atît de mare, încît să ocupe o mare parte a timpului medicului, iar — pe de altă parte — trebuie apreciat și ce muncă și ce valoare de concepție se află în spatele acestor documente scrise. În nici un caz, cei ce apreciază nu vor trebui să recurgă numai la criteriile de suprafață ale activității unui spital, făcînd aprecieri numai după starea condicilor și a altor documente scrise.

Dintre *criteriile* cărora trebuie să li se acorde mai multă importanță cu privire la *activitatea spitalului,* mai multă pondere în judecarea acesteia, vom cita următoarele :

— *Selectarea cazurilor indicate pentru internare* constituie, incontestabil, un criteriu pentru *calitatea filtrului de internări* la serviciul de consultații al spitalului. În acest spirit, nu se mai poate concepe o separare între spital și policlinica lui, același nivel

36) *România liberă,* 19 octombrie 1971.
37) BARONDESS J. — Some thoughts on academic medicine, *Arch. intern. Med.,* 1971, 127, 310.
38) CHEVALLIER J. — Exploatarea dosarelor medicale pentru învățămînt și cercetare în spital, *La France méd.,* 1966, 5, 243.

Scanned with CamScanner

calitativ şi concepţie ştiinţifică trebuind să existe în ambele, printr-o „transfuzie" continuă şi în dublu sens.

— *Calitatea diagnosticului* este un criteriu de bază al aprecierii activităţii. Aici, contează nu numai *corectitudinea diagnozei,* ci şi *rapiditatea* fixării acesteia, ţinînd seama de cazurile urgente şi plasarea lor în unitatea de terapie intensivă a secţiei. Într-un spital de boli acute şi într-o unitate de terapie intensivă, urmărirea pe ore a procedurilor de diagnostic prezintă o importanţă esenţială, aplicarea ştampilei de „urgenţă" pe foaia de internare fiind numai o sesizare a începutului acţiunii. Şi în cazurile fără urgenţă imediată, contează *durata de timp, în care se pune diagnosticul,* deoarece un ritm încetinit afectează, prin durata lungă a internării, atît economicitatea spitalului, cît şi psihicul bolnavului.

În analiza diagnosticelor, trebuie apreciată şi corectitudinea ştiinţifică a recunoaşterii imposibilităţii de a fixa uneori un diagnostic în timpul spitalizării, formulat ca atare la externare („stare febrilă de etiologie neprecizată" etc.), în locul unui diagnostic de circumstanţă. Urmărirea şi rechemarea acestor bolnavi, pentru fixarea în timp a diagnozei, constituie un act de onoare al oricărui spital.

Felul şi ponderea procedurilor de diagnostic al explorărilor cu metode paraclinice constituie un alt capitol important, în care trebuie să se remarce nu numai prezenţa sau absenţa metodelor moderne, dar şi abuzul de explorări în detrimentul securităţii bolnavilor.

— *Calitatea activităţii laboratoarelor* se apreciază desigur prin acurateţa rezultatelor, prin rapiditatea furnizării lor, prin alegerea metodelor de lucru, în funcţie de progresul tehnic. Dar, aici, trebuie analizat şi stilul de muncă şi colaborarea clinician-laborator, care *în nici un caz nu trebuie să fie birocratică,* ci în sensul unei legături *feed-back.*

— *Calitatea terapeuticii* constituie un alt capitol major de analiză a unui spital. Pentru ca judecata să fie eficientă, este necesar ca să se fixeze circa 50 de entităţi morbide, care să fie cercetate pe baza unui chestionar fixat (39). În acest cadru, pe lîngă problema medicaţiei (criterii ştiinţifice ori abuzuri) şi în special în domeniul antibioticelor, la capitolul de onoare al calităţii unui spital se situează şi *dietetica,* privită atît organizatoric, dar mai ales ştiinţific, calitativ.

39) PAYNE C. N. — Continued evolution of a system of medical care. appraisal, *J. Amer. med. Ass.,* 1967, 201, 536.

Scanned with CamScanner

— *Aspectele iatrogene,* generate prin şederea în spital (infecţii interioare, boli medicamentoase, psihoze de spital), implică multă responsabilitate în capitolul aspectelor negative. De acest aspect, se leagă *condiţiile fundamentale* privind *igiena de spital,* calitatea dezinfecţiei, iar *tehnica aseptică* trebuie cercetată în toate procedurile medicale şi în orice spital (nu numai în sala de operaţie ori în spitalele de boli infecţioase).

— *Economicitatea criteriilor medicale* constituie un alt capitol extrem de important (40), în care însă criteriile nu trebuie să afecteze securitatea bolnavilor, evitîndu-se confuzia dintre economicitate (obţinerea aceloraşi rezultate foarte bune cu un cost mai puţin) şi economiile rău înţelese. Medicul rămîne însă un ordonator al cheltuielilor colectivităţii şi nu trebuie uitat că o zi mai puţin de şedere în spital de bolnav, poate să înscrie 115 000 bolnavi mai mult spitalizaţi, într-un an, într-o ţară ca Franţa (41).

— O apreciere favorabilă rezultă şi din ingeniozitatea în *modernizarea clădirilor vechi de spital,* soluţie prin care se poate creşte notabil şi adapta la cerinţele moderne funcţionalitatea unui spital (42). Ca exemple expresive, în acest sens, putem cita administratorul spitalului rural modernizat din Tutova (pe drumul Bîrladului), prin eforturile directorului respectiv, ca şi adaptarea unui pavilion vechi din Spitalul clinic de boli infecţioase Colentina din Bucureşti, ca pavilion de terapie intensivă, cu rezultate funcţionale excelente.

— Alte criterii ale aprecierii sînt reprezentate de : *sistemul informaţional în spital, calitatea documentării medicilor, dezvoltarea bibliotecii spitalului.*

— În fine, ceea ce este cel mai greu, dar extrem de important, trebuie apreciat *umanismul spitalului :* stilul de muncă al colectivului, ataşamentul de bolnavi, conversaţia aleasă şi adecvată, deontologia medicală în accepţiunea ei cea mai înaltă.

Acestea sînt cîteva aspecte mai importante ale aprecierii calităţii unui spital, expuse foarte succint.

40) MUREŞAN P., LUPU V. — Aspecte privind eficacitatea economică a spitalului, *Viaţa med.,* 1965, 19, 1 355.
41) DENOIX P. — Leçon inaugurale, *Le revue hospitalière,* 1966, 194, 179.
42) RAUCH W. — Spitalul între ieri şi mîine. Îmbunătăţiri ingenioase în utilizarea clădirilor vechi, *Das Krankenhaus,* 1968, 11, 448.

Scanned with CamScanner

22.

Reflecții despre responsabilitatea socială a medicului

În mod obișnuit, imaginea pe care și-au făcut-o oamenii, de-a lungul veacurilor, despre medic este aceea a unui „tămăduitor", consultat la nevoie, pentru o problemă de boală, de către orice om. Imaginea despre medic a fost dominată astfel de această necesitate primară, de această cerință individuală a vindecării, în spiritul a ceea ce Georges Duhamel a denumit un *„colloque singulier"*, înțeles ca o întrevedere cu caracter uman, om la om, care se desfășoară între medic și pacient, în scopul restabilirii sănătății acestuia din urmă.

Rolul de tămăduitor, privit în mod individualist, a prevalat, fiind cel mai apreciat de oameni. Majoritatea acestora îl concep și astăzi pe medic, în același mod, apreciindu-i activitatea după performanțele lui profesionale, după „cazuistica" sa de succese curative individuale. După o anchetă recentă (1976), făcută de un ziar în țara noastră, majoritatea celor întrebați au afirmat că medicul trebuie să se preocupe numai de omul bolnav, ignorînd rolul primordial preventiv al medicinii moderne, așa cum este concepută în țara noastră.

Dar, activitatea medicului actual nu se poate reduce numai la acoperirea unor necesități individuale și predominant terapeutice. Responsabilitățile medicului au devenit mult mai complexe și au crescut mult față de colectivitate, pe plan social, chiar dacă ele sînt mai puțin cunoscute sau mai puțin înțelese de populație. Medicina de astăzi nu mai seamănă cu cea de ieri.

Este cert că *responsabilitățile sociale* ale medicului și ale medicinii au fost recunoscute mult mai încet, de-a lungul timpului, și s-au impus numai treptat. Ele sînt însă atît de mari, încît numai expunerea și analiza lor ocupă spațiul unor cărți, care au ca subiect conținutul social al medicinii (43)(44). Din lectura lor, reiese clar că „medicina nu este numai o profesie, ci și o activitate cu profund caracter social", așa cum demonstrează, în mod convingător, autorii respectivi (43).

S-ar părea că un punct de vedere *social* asupra bolii și a sănătății a existat încă din antichitate, o mărturie în acest sens fiind

43) POPESCU GR. și RĂDULESCU S. — Sociologia medicinii, Ed. medicală, București, 1976.
44) POPESCU GR. și RĂDULESCU S. — Medicina și colectivitățile umane, Ed. medicală, București, 1981.

Scanned with CamScanner

textele hipocratice, în care se recunoaşte o legătură între boală şi mediul social.

Au trebuit să treacă însă secole în evoluţia omenirii, pentru ca sensul social al medicinii să fie mai bine înţeles şi mai ales pentru ca rolul social al medicului să fie conceput nu numai teoretic, ci şi în mod militant, în sensul umanismului socialist. Această prefacere în gîndirea umană şi în mod particular a gîndirii medicale s-a produs numai odată cu apariţia şi dezvoltarea ideilor socialiste, a socialismului ştiinţific, cu apariţia lucrărilor lui Marx şi Engels în secolul al XIX-lea.

Medicii ca militanţi sociali

Atunci, s-au făcut cunoscuţi şi în ţara noastră medici cu o concepţie justă asupra rolului social al medicului : Ştefan Stîncă, Ottoi Călin, C. Popescu-Azuga, Victor Babeş, Ion Cantacuzino, George Ulieru, Aroneanu şi alţii.

Este cunoscută teza de doctorat a lui Ştefan Stînă : „Mediul social ca factor patologic", apărută în 1891, rod al aplicării materialismului dialectic în teoria medicinii, carte izvorîtă dintr-o adîncă cunoaştere a realităţilor vieţii ţărănimii şi muncitorimii, sub regimul burghezo-moşieresc în vechea Românie. Spunea doctorul Stînă : „studiul suferinţelor omului, ca fiinţă socială, ne arată că mare parte din maladii sînt, direct sau indirect, produse de efectele mediului social în care trăim. În mîinile noastre, stă puterea de a curma cu defectele inerente ale societăţii noastre : să ne slujim de această putere".

Desigur, cercurile oficiale ale vremii au întîmpinat cu ostilitate această operă de căpetenie a medicului socialist militant Ştefan Stînă, cel care avea ca deviză de viaţă : „în fiecare zi o faptă socialistă" (45)(46).

Cu privire la valorificarea socială a cercetării, Victor Babeş spunea, încă la începutul acestui secol :

„Posedăm adevăruri indiscutabile, dar care n-au părăsit încă laboratoarele noastre, deşi ele cer o întrebuinţare cît de repede pentru binele populaţiei".

Tot el, a avut curajul să spună, în 1907 :

„Leacul pelagrei ? Al acestei boli a mizeriei ? Al acestei ruşini naţionale ? Vi-l dau eu : împroprietărirea ţăranilor".

45) FELEA I. — Un veac de la naşterea doctorului Ştefan Stînă, *Scînteia*, 24 noiembrie 1965.
46) ADRIAN I. — O figură luminoasă de medic marxist, *România Liberă*, 24 noiembrie 1965.

Scanned with CamScanner

Victor Babeș a fost un medic luptător pentru dreptatea socială. Acest merit i-a fost recunoscut deplin și rezultă și din următorul pasaj, dintr-un articol apărut cu ocazia morții sale (1926) în revista „Cultura proletară" : „prin condițiile muncii lui, prin concluziile sociale ale observațiilor lor științifice și prin tragicul său sfîrșit, el poate fi socotit ca aparținînd proletariatului român conștient".

Un alt medic, profund atașat de misiunea socială a medicului, care și-a consacrat o mare parte a activității sale ridicării nivelului sanitar și cultural al muncitorilor și țăranilor, a fost Constantin Popescu-Azuga (1866—1917), care a trăit în mediul muncitoresc. În teza sa de doctorat, intitulată : „Contribuții la studiul stării igienice și sanitare a populației rurale", el a descris, în mod documentat, starea deplorabilă igienico-sanitară a țărănimii din timpul regimului burghezo-moșieresc. În alte articole și studii, el a analizat condițiile de trai ale muncitorimii de atunci, în fabrici, demonstrînd exploatarea la care erau supuși („Munca în fabrică", „Locuințele muncitorilor").

Un alt medic militant social, a fost Victor Crăsescu (1857—1917), autor al mai multor scrieri cu caracter social, publicate în revistele cu orientare socialistă : *Contemporanul, Lumea nouă, Drepturile omului* și altele. Teza sa : „Contribuții la studiul pediatriei populare. Credințe și obiceiuri relativ la pediatrie, la locuitorii din Dobrogea", subiect nu întîmplător ales, pentru a cunoaște tabloul de tristă realitate a situației sanitare a țăranilor.

În același sens, se înscrie și opera medicului George Ulieru (1884—1943), cu activitatea lui medico-socială și mai ales prin jurnalul său, intitulat „Din carnetul unui medic de plasă", puternic act de acuzare al dezastruoasei situații sanitare, în care se zbătea populația rurală din România de atunci. Tot timpul vieții sale, doctorul Ulieru a căutat ca, prin broșuri și conferințe, să contribuie la educația sanitară a populației.

Printre medicii militanți sociali, cu renume din țara noastră se înscrie Ion Cantacuzino, savantul și omul de cultură universală, atașat din tinerețe cercurilor sociale și preocupat de ideile noi ale socialismului și de perspectivele schimbării în structura societății omenești. El a conferențiat în cluburile muncitorești, unde în una din conferințele sale a argumentat că eradicarea tuberculozei și a bolilor sociale „numai soluția socialistă, societatea comunistă o va aduce".

Am enumerat numai cîteva exemple de medici, militanți sociali din țara noastră. Desigur, pot fi amintiți și alții, precum și

Scanned with CamScanner

din alte ţări din restul lumii. Unul dintre aceştia, din cei mai cunoscuţi, a fost Norman Bethune.

„Noi medicii trebuie să ieşim din cercul îngust al preocupărilor ştiinţifice abstracte" spunea Norman Bethune, acest medic canadian, care a desfăşurat o activitate medicală şi socială, pe trei continente (în Canada, Spania şi China), cucerind o faimă internaţională. Şi tot el spunea :

„În societatea modernă, care a atins un înalt nivel tehnic şi industrial, sănătatea omului nu este o problemă individuală, ci socială" (47). El era convins că bolile nu pot fi învinse decît prin schimbarea condiţiilor sociale şi a luptat activ pentru aceasta, tot timpul vieţii sale.

„Dreptatea socială trebuie să ia locul filantropiei, care înjoseşte pe binefăcători şi corupe pe beneficiari" spunea Bethune, care s-a stins în 1939, în mod eroic, în urma unei septicemii ca rezultat al unei infecţii, contractată pe cînd efectua o operaţie septică.

În acelaşi sens, ca medici militanţi sociali, mai pot fi amintite şi alte nume celebre ca : Albert Schweitzer, Carlo Levi, V. V. Veresaev (vezi cap. „Medicii-scriitori şi rolul lor social").

Responsabilitatea socială — misiunea fiecărui medic

Am citat mai înainte cîţiva medici renumiţi prin activitatea lor medicală şi socială, cu exemple de medici militanţi sociali, ca modele de urmat.

Dar fiecărui medic îi revine o astfel de obligaţie către colectivitatea în care trăieşte, faţă de care are îndatoriri multiple : cetăţeneşti, economice, de educaţie sanitară, profilactice, etice. Oamenii aşteaptă mult de la medic, de la *responsabilităţile sale civice ;* ei doresc şi apreciază avizul său. De aceea, medicul practician nu se poate rezuma la orizontul prea strîmt al patului bolnavului ori cel al spitalului, ci el trebuie să privească mai departe, în colectivitate, unde se nasc şi se propagă bolile. El trebuie să posede cunoştinţe de sociologia medicinii şi de medicină socială, să cunoască factorii micro- şi macrosociali şi culturali, responsabili de prevenirea bolilor.

Medicul trebuie să activeze ca un adevărat conducător şi educator al echipei de îngrijire a sănătăţii întregii colectivităţi. Ca

47) VOICULESCU M., ANGELESCU M. — Medici scriitori—scriitori medici, Ed. medicală, Bucureşti, 1964.

Scanned with CamScanner

educator sanitar, sarcinile medicului sînt multe și fără sfîrșit. Niciodată nu am putea fi mulțumiți, ca medici, că am făcut destul în domeniul educației sanitare a populației. Avem atît de multe de spus pentru conservarea și promovarea sănătății, pentru detectarea precoce a bolilor, pentru primele măsuri de asistență în caz de boală !

Explozia de cunoștințe de astăzi creează tot atîtea domenii de ignoranță, dacă în domeniul apărării sănătății nu difuzăm acele cunoștințe la timp și tuturor.

Tot atît de mari sînt și răspunderile *economice* ale medicului, care a devenit și un ordonator de cheltuieli, pentru care trebuie să răspundă în fața colectivității. Despre aceste răspunderi, ne vom referi însă într-un capitol special.

Responsabilitățile medicului sînt astfel complexe și s-au extins în mediul social, economic și cultural în care medicul trăiește și activează.

Problemele sociale ale medicinii au devenit atît de pregnante, de evidente, încît nu mai pot fi ignorate de către nici un medic. În mod deosebit, ele se resimt în domeniul sanitar din țările capitaliste, unde însuși sistemul medical este suferind. Unii comentatori din aceste țări și-au exprimat îngrijorarea în legătură cu situația sanitară din țările lor. Astfel, după Skyler (48), sănătatea națiunii „este în disgrație" în S.U.A., afectați fiind mai ales cei săraci și populația de culoare, ceea ce face pe autor să citeze următorul pasaj din cartea „Fructele mîniei" a romancierului american J. Steinbeck :

„Cîmpiile erau roditoare și oamenii înfometați se mișcau pe drumuri. Grînarele erau pline, dar copiii creșteau rahitici și pustulele de pelagră se arătau pe trupurile lor. Marile companii nu cunoșteau că linia între foame și mînie este doar o linie subțire..."

Citatul este sugestiv pentru starea de spirit în care se află majoritatea populației sărace în țările capitaliste, în ceea ce privește lipsa asistenței medicale din partea statului.

Această problemă este deplin rezolvată numai în țările socialiste, cum este țara noastră, unde grija de sănătatea populației constituie o problemă de stat, asistența medicală este gratuită, accesibilă fiecăruia, asigurată teritorializat și cu caracter predominant preventiv. La acestea, trebuie adăugată constatarea — așa cum remarcă Fodor — că :

48) SKYLER J. — Symposium on social issues and medicine. Introductory remarks, *Arch. intern. Med.*, 1971, 127, 49.

Scanned with CamScanner

„În societatea noastră, bolnavul acționează ca un factor exigent de remediere a deficiențelor asistenței, ca un ferment de mobilizare a înnoirilor tehnice în practica și organizarea asistenței medicale, de modelare socială a conduitei deontologice a medicului. Acest spor de conștiință publică, martor al dezvoltării multilaterale a societății, a determinat constituirea unui nou ethos, cel contemporan, în armonie cu idealurile și aspirațiile întregii comunități“ (49).

Într-un ansamblu socio-economic favorabil de dezvoltare, sarcinile și perspectivele medicinii românești se profilează în viitor tot mai importante și mai rodnice, pe baza Programului *Partidului Comunist Român*, care prevede următoarele :

„Medicina românească va trebui să-și propună cunoașterea mai aprofundată a fenomenelor biologice legate de acomodarea ființei umane la viața modernă, de frînarea proceselor degenerative ale organismului uman și prelungirea duratei vieții active a omului, de dezvoltarea sănătoasă, fizică și psihică, a tuturor membrilor societății, paralel cu evoluția armoniasă a relațiilor sociale noi“.

Un program cu largi orizonturi, al medicinii omului sănătos !

23.

Informare sanitară sau educație sanitară?

Există numeroase dovezi, care demonstrează că setea de cunoștințe medicale a populației este atît de mare, încît cu greu ar putea fi satisfăcută prin toate canalele de informație actuale, oferite de *mass media*, precum și prin alte mijloace. Fiecare carte sau broșură de popularizare a cunoștințelor medicale se cumpără imediat și cu prioritate, constituind pentru editori exemple de *best-sellers*. Chiar tirajele mari par insuficiente. Aminteam, într-un alt capitol („Despre cartea medicală“) că o carte de popularizare cum este „Medicina în familie“ a apărut în țara noastră în 3 ediții, ultima ediție în 92 000 de exemplare, fiind de mult epuizată (ediția a IV-a în curs de preparare). Broșuri cu subiecte medicale, editate în 50 000—100 000 de exemplare se epuizează tot atît de repede.

Pe de altă parte, populația achiziționează, cu tot atîta pasiune, agende medicale, enciclopedii medicale, dicționare medicale, uneori

49) FODOR O. — Implicații sociale ale științelor medicale. *Era Socialistă*, 1973, 6, 31.

Scanned with CamScanner

mai repede decît le cumpără personalul medico-sanitar ! A făcut senzație la New-York faptul că la biblioteca publică din acel oraș cea mai citită carte în prezent este : *Physician's Desk Reference Book* (care conține descrierea medicamentelor și efectelor lor adverse) (50).

În acest mod, publicul este din ce în ce mai informat despre medicină și tendința este chiar să se suprainformeze. Pe alocuri, apar chiar abuzuri, informații superficiale sau eronate.

Tot atît de atractive, apar pentru populație și cărțile de literatură cu subiecte medicale, care de asemenea se bucură de mari succese de tiraj.

Informare sanitară sau educație sanitară?

Informarea sanitară (medicală) a populației nu trebuie confundată cu *educația sanitară.*

Informarea medicală constă din transmiterea de cunoștințe medicale către populație, sub formă de mesaje, conținînd diferite știri : noi cuceriri științifice medicale (uneori, prezentate cu caracter senzațional), fapte diverse, erori medicale, știri cu caracter publicitar. O informare medicală corectă bazată pe date științifice servește, desigur, la completarea culturii generale a populației, cunoștințele medicale făcînd parte obligatoriu din această cultură.

Educația sanitară este o acțiune mult mai complexă, prin care se urmărește nu numai de a informa populația cu cunoștințe medicale și a forma o cultură sanitară, dar și de *a convinge populația despre anumite conduite favorabile sănătății* (conduita alimentară, stil de viață etc.) și pentru a facilita sarcina medicului în decelarea precoce a bolilor, pentru o mai bună colaborare a pacientului la vindecarea sa, pentru păstrarea și promovarea sănătății fiecăruia.

Așa cum se exprimă Bourget (51), în timp ce informarea medicală este doar un *mesaj,* educația sanitară este o *acțiune.* Este de dorit însă ca orice informare medicală să nu rămînă la aspectul pur *informativ,* ci să fie *educativă,* să vizeze în final *educația sanitară a populației.*

În concluzie, informarea este un mijloc de educare, dar nu este și educație, dacă cunoștințele transmise nu sînt aplicate.

50) LAURY G. V. — Le difficile rôle du médecin, *Méd. et Hyg. (Genève),* 1982, *40,* 2 339.
51) BOURGET P. — Les médecins face à l'information du public, *Méd. et Hyg. (Genève),* 1967, 733, 786.

Scanned with CamScanner

Numai înțeleasă astfel, informarea medicală a populației devine cu adevărat utilă, separîndu-se de unele aspecte de jurnalism medical senzațional, pentru a contribui — înainte de toate — la cultura și educația sanitară a populației.

Educația sanitară, așa cum se concepe astăzi

S-a spus, cu multă dreptate, că medicina preventivă începe și se termină cu educația sanitară (Semașko).

În concepția modernă asupra sănătății publice, a dezvoltării medicinii colectivității, *aportul populației la realizarea programelor de sănătate se impune ca o necesitate absolută,* reușita programelor de ocrotirea sănătății depinzînd foarte mult de *gradul de cultură sanitară a populației,* de modul cum aceasta înțelege, acceptă și participă la realizarea acestor programe. Astăzi, toate sistemele de organizare a sănătății din lume, organizatorii de sănătate și medicii sînt de acord că nu mai există nici o justificare pentru a păstra „secrete medicale", care să nu fie dezvăluite populației.

Desconsiderarea acestor aspecte poate determina eșecul oricăror acțiuni medicale sau programe de sănătate publică, dacă acestea nu prevăd și măsurile necesare informării prealabile și educării persoanelor sau grupelor de populație vizate.

Organizația Mondială a Sănătății acordă o deosebită importanță *educației sanitare,* ca factor de bază în medicina preventivă, situînd-o pe plan de egalitate cu principalele acțiuni de promovare a sănătății. Educația sanitară nu mai apare astăzi ca o „cenușăreasă a medicinii", cum era considerată altădată, ci ca una din principalele acțiuni de care medicina modernă dispune, pentru a realiza marile obiective ale ocrotirii și promovării sănătății publice.

În anul 1951, s-a constituit *Uniunea Internațională pentru Educație Sanitară,* avînd ca obiectiv fundamental dezvoltarea educației sanitare în lume, întreținînd relații de colaborare în acest scop cu O.M.S., UNESCO și cu alte organisme specializate ale O.N.U. De asemenea, pe plan internațional, se țin periodic congrese de educație sanitară.

În țara noastră, educația sanitară se dezvoltă în mod organizat, începînd din anul 1948 și se efectuează pe baza unui *plan unic de educație sanitară,* elaborat de Ministerul Sănătății, cu participarea întregului personal medico-sanitar și cu concursul Ministerului Învățămîntului și al diverselor organizații obștești : Frontul Democrației și Unității Socialiste (comisia pentru răspîndirea cunoștințelor științifice în populație), U.T.C., Sindicate, Crucea Roșie și altele.

Scanned with CamScanner

În prezent, în țara noastră, se desfășoară o vastă acțiune de educație sanitară, în care sînt angajate presa, radio-televiziunea, editurile și organizațiile obștești, cu concursul medicilor, pentru care există obligația legală de a acorda zilnic o parte din programul lor de lucru, pentru educația sanitară.

Academia de Științe Medicale a elaborat un plan de cercetare științifică în problemele actuale ale educației sanitare, cuprinzînd : cercetări descriptive (inventarieri, clasificări), cercetări experimentale, fundamentale, și operaționale (evaluarea eficacității și a eficienței), în vederea ameliorării metodologiei și eficienței acțiunilor de educație sanitară.

Impactul educației sanitare asupra populației

Scopul educației sanitare este de a dezvolta facultățile fizice, intelectuale și morale ale omului, pentru a determina o comportare conformă cu principiile și regulile protecției sănătății. Prin această acțiune, *în adîncime* (pe care nu o realizează informația și propaganda), făcînd apel la rațiune, la spiritul critic și la voință, educația sanitară urmărește să orienteze și să modifice comportamentul indivizilor, integrînd principiile de igienă în viața cotidiană și aplicarea lor spontană, fără a se recurge la măsuri coercitive (52).

Înțeleasă astfel, educația sanitară deține un rol considerabil în asigurarea sănătății publice, de acest adevăr fiind convinși cei dintîi medicii, care vor conlucra mult mai ușor cu o populație informată, decît cu persoane lipsite de cultură sanitară.

Pentru programele de medicină preventivă, pe termen lung, cum sînt programele de combatere a bolilor cardiovasculare (programul din țara noastră, studiul populațional din Framingham, S.U.A.), programe în domeniul bolilor psihice, al prevenirii cancerului etc., conlucrarea populației este indispensabilă, decisivă pentru succesul acțiunilor.

Pe această cale, se realizează și marile progrese în prelungirea vieții și a unui trai sănătos. „*Un homme averti, en vaut deux*", cum spune un cunoscut proverb.

S-a atras însă atenția și asupra unor *dezavantaje*, pe care le-ar crea informarea sanitară a populației, mai ales dacă nu este controlată științific și tehnic, metodologic. Astfel :

— S-a spus că informația de masă se prezintă, uneori, în mod deformat sau într-un mod care conduce la o înțelegere deformată

52) PETIT MARIE G. — Educația sanitară și personalul spitalicesc, *Gazette des Hôp.*, 1967, *12*, 617.

Scanned with CamScanner

a informației ; se înțelege greșit sau exagerat, ceea ce îngreuiază sarcinile medicului. Un astfel de exemplu a survenit în Anglia, unde un program „Panorama", prezentat la televiziune, cu privire la efectele toxice ale unui medicament, denumit „Opren" (benoxaprofan, antiinflamator nesteroidic), a luat aspectul unui reportaj scandalos, care a derutat populația, dîndu-i o imagine deformată asupra controlului experimentării medicamentelor noi (53).

— Un alt dezavantaj sau — pentru a-i spune astfel — un efect advers al informării medicale, este acela de a declanșa anxietate și neliniște în populație în problema respectivă, provocînd apariția de fobii și un aflux de consultații medicale inutile.

— În fine, unii medici mai cred că, prin informarea medicală, unele persoane devin infatuate sau suprainformate, diminuînd și degradînd încrederea în medic.

Bolnavul informat de astăzi este un altfel de bolnav, decît cel de altădată.

Pentru aceste motive, este necesar ca educația sanitară și mai ales informarea prin *mass media* să fie făcută în așa fel, pentru a nu crea „efectele adverse" citate : imagini deformate asupra medicinii (în special despre „puterea magică" a medicinii și neputințele medicului), anxietăți inutile și, mai ales, o pseudocultură medicală.

Tendințe și deziderate ale educației sanitare

Ca și în alte domenii, progresul tehnico-științific s-a făcut resimțit și în acela al educației sanitare. După cum se exprimă Escoffier-Lambiotte, medic și ziarist, „paternalismul medical" (în sens de autoritate unică și supremă a medicului) nu mai este o atitudine de susținut. Trebuie să informăm populația în problemele bolii și sănătății, cît mai mult, dar totodată *în mod clar* și *simplu* (54), nu cu prea multe amănunte, greu de înțeles, inutile sau creatoare de anxietate. Există o limită a informării, de care se teme și medicul cînd este bolnav. A comunica pacientului toate complicațiile posibile, într-o anumită situație sau boală, toate riscurile actelor medicale înseamnă a degrada profund încrederea bolnavilor în medic, ajungîndu-se la aspectul deplorabil de „medicină defensivă" din S.U.A., unde se expun pacientului toate riscurile și complicațiile actului medical respectiv, pentru ca medicul să nu fie

53) * * * — „Opren" Scandal, *Lancet*, 1983, *I*, 219.
54) * * * — Drug information for patiens : Keep it simple, *Brit. med. J.*, 1980, (14 iunie), 1 393.

Scanned with CamScanner

urmărit ulterior pe cale judiciară de avocații bolnavului, pentru faptul de a nu-l fi informat în prealabil.

Pe de altă parte, trebuie respins cu totul și acel „cult al tăcerii" al medicilor de altădată și al unor medici de astăzi, prin care țin bolnavii la distanță, nelămuriți și dezorientați. „Tăcerea nu este de aur în medicină".

Indezirabile sînt și acele *sfaturi medicale,* făcute de un medic încrezut, pe un ton *didactic, atoateștiutor, protector* și *părintesc,* ca și cum ar vorbi unor elevi total neștiutori.

Există o tehnică și o artă a vorbirii medicale, a conversației sau conferinței medicale (55).

Desigur, educația sanitară aparține în primul rînd personalului medico-sanitar, care — așa cum este prevăzut în țara noastră — trebuie să-și repartizele zilnic o parte din programul activității sale. Pot însă să participe și membri ai învățămîntului (deși în școli problema educației sanitare este tratată prea puțin ori prea ușor), farmaciști, ziariști specializați în probleme sanitare.

Cu privire la metodele și mijloacele dominante astăzi, pe lîngă presă, mai sînt folosite *cinematografia, radioul* și *televiziunea,* care au și cea mai mare priză la public.

Cu privire la *filme,* este interesant de amintit că primul film educativ-sanitar, în țara noastră, a fost realizat de marele savant C. Levaditi, în 1920 (cînd, temporar, a fost profesor la Facultatea de Medicină din Cluj). Acest film intitulat „Din grozăviile lumii" (titlu depășit astăzi, dar potrivit situației de atunci), era dedicat prevenirii și combaterii bolilor venerice, fiind efectuat cu o mare probitate științifică și cu o gamă variată de elemente documentare (56).

În ultimii ani, *radioul* și *televiziunea* dețin rolul preponderent în acțiunile de educație sanitară, ținînd seama de atracția acestora pentru populație, precum și de cuantumul de ore pe care fiecare persoană îl petrece ascultînd sau vizionînd programele respective cotidiene (57).

Astfel, în prezent, educația sanitară nu mai este „ruda săracă" a medicinii, ci — prin amploarea luată, prin metodologia folosită, bazată pe cercetări științifice de specialitate — a ajuns să dețină o poziție din cele mai importante, pe drumul asigurării sănătății tuturor.

55) VOICULESCU M. — Cum trebuie făcută o conferință de educație sanitară. Comunicare, Simpozion, Alba, 15.11.1971.
56) BULLA A., MANOLIU V. — Începuturile cinematografiei medicale românești, *Viața med.,* 1959, 9, 855.
57) GERBNER G. și colab. — Health and medicine on television, *New Engl. J. Med.,* 1981, *305,* 901.

Scanned with CamScanner

Medicament și publicitate

Populus cupit remedia (populația este avidă de remedii), se spunea pe vremea lui Galenus. Dar, cupiditatea pentru medicament persistă și astăzi, cu tot atît de multă pasiune, deși poate cu ceva mai multă înțelepciune și prudență. Trebuie pornit deci de la o realitate : medicamentele actuale — cu mii de substanțe active și zeci de mii de specialități — au pătruns atît de mult în viața de toate zilele a oamenilor și în preocupările lor de sănătate, încît *nu mai este permis să ignorăm necesitatea unei informări cît mai largi și totodată științifice a populației asupra medicamentelor.*

Interesul considerabil cu care medicamentele sînt urmărite de public rezultă din cîteva exemple. Astfel, este cunoscută rapiditatea cu care se cumpără din librării, de către populație, agendele medicale anuale, care conțin descrierea medicamentelor. Cu aceeași aviditate, sînt urmărite informațiile despre noile medicamente, prin toate mijloacele de *mass media*. Astfel, la Biblioteca Centrală (publică) din New-York, cea mai citită carte este cea care descrie medicamentele și efectele lor adverse („Physician's Desk Reference Book") (*58*).

Chiar și *rețeta medicală* a încetat, de la o vreme, să mai fie acel document misterios, redactat de către medic, cît mai ilizibil (ori în termeni latini), cu prescurtări de neînțeles pentru bolnav sau descifrabil numai de către farmacist. Rețeta actuală tinde să devină un document științific și explicativ, cu privire la medicament, și totodată un mijloc eficace de comunicare între medic și pacient.

Cum se explică interesul pentru medicament

Motivele sînt numeroase. În primul rînd, sînt evidente progresele considerabile obținute în terapia și prevenirea bolilor cu medicamentele actuale. Peste 90% din acestea, nu erau cunoscute acum 40—50 de ani. Numai din 1945, s-au creat numeroase clase de *medicamente extrem de active*, în mii de forme de administrare : chimioterapice și antibiotice, cortizonice, imunosupresive, antidiabetice orale, antihistaminice, anticoagulante, antiinflamatorii nesteroidice, bronhodilatatoare, diuretice saluretice, neuroleptice,

58) LAURY G. — Le difficile rôle du médecin, *Méd. et. Hyg. (Genève)*, 1982, *40*, 2 339.

Scanned with CamScanner

anxiolitice, antidepresive, antiaritmice, alfa- și beta-blocante, hemostatice, antihipertensive, vasodilatatoare etc.

Grație acestor noi medicamente, se realizează în multe cazuri vindecări miraculoase ale unor boli grave și ameliorări substanțiale ale unor boli cronice. Implicațiile asupra vieții și sănătății oamenilor ale acestui progres în domeniul medicamentului sînt din ce în ce mai extinse și mai profunde, *reprezentînd o importantă contribuție la creșterea duratei și calității vieții.* Se poate afirma chiar că medicamentele actuale au contribuit să aducă la egalitate, în fața vieții și a morții, persoanele „cu risc" față de acelea mai bine dotate ca rezistență, făcîndu-le să beneficieze într-o măsură egală, de efectele lor favorabile. De aceea, poate că nu a fost exagerat, ca unii să caracterizeze medicamentul ca „un supliment de viață" (59).

Datorită acestor calități, asistăm la o circulație intensă a medicamentelor atît cantitativ, cît și ca diversitate, care *crește an de an.* După studii recente ale unor autori, în cadrul O.M.S. (60) asupra consumului farmaceutic, acesta n-a încetat să crească în ultimii 20 de ani în toate țările din lume. Se apreciază că acest consum crește anual cu 10% în fiecare țară. Anual sînt lansate noi medicamente, iar industria de medicamente a diferitelor țări înregistrează creșteri anuale ale producției cu 10—26%. Numai în S.U.A., se vînd într-un an antibiotice în valoare de 1,5 miliarde de dolari. De la cele cîteva zeci de droguri, în majoritate extrase din plante, folosite în medicina secolelor trecute, am ajuns astăzi să dispunem de un arsenal atît de bogat de medicamente, încît numai scurta descriere a celor 50 000 de medicamente care circulă în lume, a fost cu greu cuprinsă în 2 025 de pagini ale unui celebru volum de specialitate ajuns la a 28-a ediție (61), cu 25% mai mult față de ediția precedentă.

Chiar pentru medic, orientarea în domeniul medicamentelor a devenit din ce în ce mai dificilă ; poate că în viitor va trebui să recurgă la un computer ! Dar pentru public ? Cu atît mai mult, acesta se va orienta și mai greu în avalanșa de informații, care — sub diferite forme — îi parvin prin tot ceea ce se cheamă *mass media :* ziare, reviste, almanahuri, agende, radio, televiziune.

Evident, toți acești factori tind să contribuie și la un consum abuziv — pe de o parte — prin excesul de prescrieri din partea medicilor (polipragmazie) și — pe de altă parte — prin solicitările

59) THEIL P. — „Le medicament, supplement de vie", A.M.P.S., Paris, 1975.
60) BERGMAN U. și colab. — Etudes sur la consommation pharmaceutique. O.M.S. *Public. rég. Série europ. nr. 8,* Copenhaga, 1981.
61) MARTINDALE — The Extra-Pharmacopoeia, ed. a 28-a, J. Reynold, Londra, Pharmaceutical Press, 1982.

Scanned with CamScanner

bolnavilor, precum şi de publicitatea (prea elogioasă !), pe care ziarele, televiziunea şi radioul o fac noilor medicamente şi care incită publicul să facă presiuni asupra medicilor, pentru prescrierea lor (60).

Consumul de medicamente, mai ales abuziv, ridică *probleme socio-economice*, prin costul ridicat al prestaţiilor farmaceutice, care ajung să formeze 20% din bugetul sănătăţii. Acest cost este accentuat şi mai mult de preţul ridicat al unora din noile medicamente, care ajung să fie, la greutate egală, de 5—10 ori mai scumpe decît aurul (piroxicam, clonidina) ! (62). Dar, pe lîngă aceste efecte, se mai adaugă şi acele efecte nocive ale reacţiilor adverse, care alcătuiesc marele capitol intitulat *patologia medicamentoasă* (bolile induse de medicamente). Cît de informat este însă publicul asupra acestor efecte nocive, toxice, denumite şi „efecte adverse" ? Un alt motiv important, pentru o mai bună comunicare cu publicul în această importantă problemă de cultură sanitară.

Pe de altă parte, rezolvarea terapeutică adusă de medicamente este numai parţială. Au rămas destule boli, faţă de care nu s-au descoperit medicamente eficace, iar alte boli, al căror mecanism de producere este lent, cronic, şi ţine de modul de viaţă al fiecăruia, este de aşteptat ca să nu fie influenţate în mod eficace de medicamente. Cît cunoaşte publicul asupra acestor posibilităţi şi limite ale terapiei cu medicamente ?

Evident, *raţiunea şi experienţa ne învaţă că în terapia unor boli nu trebuie aşteptat totul de la medicamente*. Locul acestora în terapeutică este bine precizat şi limitat, alături de alte măsuri (repaus, dietă, stil de viaţă). Dar, încrederea publicului în rolul medicamentului a fost exagerată, în mod subiectiv, în detrimentul altor măsuri mai bune. S-a conturat — pentru unii — un fel de „adoraţie" a medicamentului, o adevărată idolatrizare. Mai persistă, încă, în mintea unor oameni, acea reminiscenţă din copilăria istoriei omenirii, prin aşteptarea drogului miraculos, a acelei „pilule magice", capabile să vindece fiecare boală, chiar şi pe acelea cronice, degenerative, produse de-a lungul vieţii, prin erori, excese ori nepăsare. De aici, din astfel de aşteptări, s-au născut multe speranţe şi iluzii, urmate însă de tot atîtea decepţii, de cheltuieli inutile şi uneori chiar de consecinţe tragice, prin neglijarea altor măsuri terapeutice verificate.

Cupiditatea pentru medicament continuă să fie o trăsătură caracteristică a acestei lumi. Va trebui însă să înlocuim această

62) BURRIS J. — Drugs worth more than their weight in gold, *New Engl. J. Med.*, 1982, *307*, 1 350.

Scanned with CamScanner

pasiune cu una mai bună, aceea pentru o mai bună informare pentru medicamente, cu părţile bune, dar şi rele ale acestuia.

Dar cum ?

Între parada noilor medicamente şi informarea corectă a publicului

Dreptul de informare a populaţiei, cu privire la medicamente, este major şi incontestabil. Dar, în problemele atît de grave, complexe şi gingaşe ale sănătăţii, ale terapiei unor boli — mai ales cele greu curabile ori incurabile — această activitate de informare, pe care o datorăm publicului, trebuie să se facă cu respectul unor principii de importanţă fundamentală.

Un prim principiu este acela de a se transmite publicului numai acele date, care reprezintă *adevărul ştiinţific* asupra fiecărui medicament, nou sau vechi, în funcţie de criteriile stabilite, de cercetarea ştiinţifică, şi nu informaţii deformate, aprecieri exagerate ori subiective. În domeniul medicamentului, *reclama* — în sensul clasic al noţiunii — nu trebuie să-şi găsească loc, iar orice publicitate despre medicament trebuie făcută *pe baza unor informaţii ştiinţifice precise.*

Din păcate, informarea actuală a populaţiei despre medicament suferă, în întreaga lume, de vicii importante.

În primul rînd, prin faptul că relatările în presă se fac cu o grabă prea mare, deseori cu caracter de *senzaţional,* fără să se ţină seama de marile dificultăţi ale verificării fiecărui medicament nou. Desigur, aceste aspecte sînt particulare unei anumite prese şi nu aceleia sobre, serioase. În prezent, se ştie bine că timpul necesar pentru descoperirea, punerea la punct şi verificarea completă (indispensabilă) a unui medicament nou necesită cîţiva ani, fiecare medicament fiind trecut prin numeroase filtre de control, pentru a se verifica eficacitatea şi a se evita apariţia unor drame ale reacţiilor toxice. Astfel, pentru a se pune la punct excelentul produs antituberculos izoniazida (HIN) au fost testate peste 800 compuşi chimici, iar rubidomicina a necesitat 15 ani de studii şi 8 ani de experienţă !

De multe ori, aceste termene şi precauţii nu sînt însă luate în seamă de mijloacele actuale de informare a populaţiei, care se grăbesc să „lanseze" unele medicamente noi, cu cuvinte mari şi calităţi excepţionale. Astfel, în acest mod senzaţional, a fost anunţat în 1977 de presa şi posturile de radio din unele ţări occidentale.

Scanned with CamScanner

un nou medicament antiviral „Ara-A“ (adeninarabinozida), considerat ca o „piatră de hotar, comparabilă cu descoperirea penicilinei“. În realitate, experimentarea științifică a demonstrat pentru acest medicament numai unele rezultate terapeutice, în encefalita herpetică și numai în 2/3 din cazuri (63)(64). O astfel de prezentare pompoasă, ca un panaceu al terapiei bolilor virale, ca începutul unei noi ere în terapia antivirală a stîrnit însă uimire și rezerve pentru medici, care au catalogat-o ca un exemplu de informare senzațională jurnalistică. Pentru masa populației, însă, un astfel de mod de informare neconfirmată, prin verificări largi anterioare, nu face decît să „erodeze încrederea populației în ceea ce medicii pot face“ (65).

Asaltul pseudo-medicamentelor anticanceroase

Îndeosebi, în terapia cancerului și a leucemiilor, abundă o serie de „pseudo-medicamente“ și se țin lanț aspectele de mistificare colectivă, datorite mai ales unor amatori ori tămăduitori *(guérisseurs)*. Ne amintim astfel de „afacerea Naessens“ din Franța, cînd în anii 1963—1964 un pseudobiolog G. Naessens, a reușit să inducă în eroare numeroși pacienți de leucemie, pentru a-i trata cu un medicament minune denumit „Anablast“. Supus unei expertize, acest medicament s-a dovedit lipsit de orice efect terapeutic, iar autorul a fost urmărit pe cale judiciară de instituții de stat și de familiile celor înșelați pentru „omucidere involuntară și excrocherie“.

De cîțiva ani, în S.U.A., circulă ilegal, dar cu o mare vogă publică, un produs anticanceros, denumit „Laetrile“ ori „Amygdalin“, produs în Mexic, dar neautorizat însă de forul oficial F.D.A. Medicamentul conține glucozizi cianogeni, existenți în sîmburii de caisă ori de piersică, care în experiențele pe animale s-au dovedit nu numai inactivi, dar și toxici (prin cianizii respectivi) : 30—56% din șobolanii tratați au murit în urma efectelor toxice ale produsului (66). Medicamentul a fost luat pînă acum de 70 000 de bol-

63) WHITLEY I. și colab. — Adenine-Arabidoside therapy of biopsy proved herpes encephalitis, *New Engl. J. Med.*, 1977, 297, 289.
64) MORRIS S. — To the editor, *New Engl. J. Med.*, 1977, 297, 1 289.
65) INGELFINGER J. F. — Cozening the people with ambigous clains, *New Engl. J. Med.*, 1977, 297, 334.
66) KHANDECAR J., EDELMAN H. — Studies of Amygdalin toxicity în rodents, *J. Amer. med. Ass.*, 1979, 242, 169.

Scanned with CamScanner

navi, fără însă ca aceştia *să fie supuşi unui control medical serios şi fără nici un rezultat*. Reclama comercială a prezentat însă medicamentul ca ceva miraculos, consacrîndu-i chiar şi un film, intitulat : „Lumea fără cancer" (67). Recent (1982), s-au făcut concluzii definitive cu privire la ineficacitatea acestui produs, neautorizat de forul de conducere a experimentării medicamentelor, dar cerut de o parte din presă şi de populaţie, medicamentul fiind astfel clasat ca ineficient şi cu risc de efecte toxice (68).

De altfel, şi în alte ţări abundă astfel de medicamente „miraculoase" pentru vindecarea cancerului, dar neconfirmate ştiinţific.

Despre pseudo-descoperitori şi metodele lor

Se pare că, mai toate ţările, sînt asaltate de astfel de pseudo-medicamente pentru boli încă incurabile, propuse de descoperitori amatori, foarte grăbiţi să treacă de la experiment la generalizarea produsului, fără să respecte criteriile de bază ştiinţifice ale experimentării unui medicament, dar acceptînd cu grabă propaganda publicitară făcută de unele ziare.

De obicei, aceşti pseudo-descoperitori recurg, pentru a demonstra eficacitatea medicamentului respectiv, la articole favorabile, publicate în presa nemedicală, precum şi la scrisorile de „mulţumire" din partea unor bolnavi. Criteriul „scrisorilor" este, însă, pur afectiv, nu poate impresiona decît pe nespecialişti şi nu poate fi luat în seamă de nici un for ştiinţific din următoarele motive :

— Uneori, scrisorile exprimă doar o stare subiectivă de ameliorare trecătoare, pe care o resimte pacientul la început, cînd primeşte un medicament nou. Acest efect se datoreşte unui fenomen psihic, de sugestie (efectul *placebo*), care se poate obţine şi cu o pilulă constituită dintr-o substanţă inertă, dar prezentată bolnavului ca un medicament eficace.

— Alteori, scrisoarea de mulţumire are ca substrat dorinţa pacientului incurabil, de a primi în continuare medicamentul miraculos.

— Alteori, aceste scrisori sînt solicitate în mod intenţionat de autorul medicamentului, în scopuri lesne de înţeles.

— În fine, în ţările capitaliste exploatarea naivităţii populaţiei în domeniul medicamentului atinge proporţii considerabile : fabricanţii acţionează pentru lansarea şi difuzarea cît mai largă a unui

67) JUKES TH. — Laetrile ar trial, *J. Amer. med. Ass.*, 1979, 242, 719.
68) RELMAN A. — Closing the books on Laetrile, *New Engl. J. Med.*, 1982, 306, 236.

Scanned with CamScanner

medicament, prin toate mijloacele posibile de publicitate, folosind — pe lîngă *mass media* — şi *o vastă acţiune publicitară adresată direct medicilor*. Cantitatea acestui material publicitar, privind reclama de medicamente, ajunge să fie enormă : un medic a cîntărit 130 kg de material publicitar primit în decursul unui singur an (69).

Ce este de făcut ?

Soluţiile apar clare şi pot fi sintetizate astfel :

Efortul publicitar în presă, pentru a prezenta medicamente noi, trebuie să fie mai mic ; în schimb, sînt utile articole în care să recomande mai curînd prudenţă, decît să se creeze iluzii şi speranţe în efecte senzaţionale. Desigur, a cerceta, a descoperi pentru binele omului constituie calităţi, care vor fi totdeauna sprijinite şi, în final, analizate şi aprobate sau respinse de forurile ştiinţifice de specialitate, în funcţie de *rezultatele obţinute pe baza unei metodologii ştiinţifice*.

Într-un apel privind terapia leucemiei (apărut în ziarul „Times") (70) semnat de mari hematologi din Anglia, se propune :

„Unul dintre criteriile de care se ţine seama (în prezentarea unor astfel de informaţii în faţa publicului) trebuie să fie stabilirea rezultatelor, în funcţie de standardele acceptate de munca ştiinţifică şi prezentarea lor specialiştilor la reuniuni ştiinţifice sau în publicaţii speciale".

În ţara noastră, s-a luat de asemenea o atitudine fermă de critică, faţă de atitudinea unor prea grăbiţi descoperitori de medicamente insuficient verificate sau lipsite de orice bază ştiinţifică. În acest sens, s-a cerut mai multă etică profesională, faţă de dorinţa de publicitate a acelor medici şi „descoperitori" de medicamente, avizi să se autoprezinte, înconjuraţi de fotografii şi realizări terapeutice senzaţionale, dar neverificate ştiinţific (71), de către prof. dr. doc. C. Arseni, prin cele două articole intitulate „Repunerea ştiinţifică în drepturi a adevărului" (72), conţinînd o critică ştiinţifică riguroasă a rezultatelor obţinute de unii pseudo-descoperitori.

69) GLASSON B. — Le medicament à la recherche de sa vérité, *Méd. et Hyg. (Genève)*, 1961, 512, 597.
70) Prezentarea cercetării cancerului — *Contemporanul*, 18.11.1977.
71) OPREA N. — Etică profesională şi publicitate, *Contemporanul*, 23.02.1977.
72) ARSENI C. — Repunerea ştiinţifică în drepturi a adevărului, *Muncitorul Sanitar*, nr. 6 şi 7, 1980.

Scanned with CamScanner

Numai astfel, se pot preveni decepţiile, provocate de speranţele nejustificate, trezite de o publicitate necontrolată, fără limită, privind medicamentul şi care nu pot face decît să zdruncine încrederea în medicină şi să afecteze acest domeniu, atît de sensibil al relaţiilor dintre medic şi pacient. Numai printr-o evaluare raţională şi o informare corectă şi ştiinţifică a publicului, vom putea să situăm medicamentul la locul just, care îi revine în terapeutică.

Trebuie să se ţină apoi seama de efectele secundare, toxice şi alergice ale medicamentelor, care pot discredita complet medicamentele respective. Astfel, pe bună dreptate, se întreba un cititor, printr-o scrisoare recentă, publicată într-un ziar central (73), ce rost mai are de a fi recomandat medicamentul denumit „Indometacin", faţă de cîte efecte adverse periculoase şi contraindicaţii sînt menţionate în prospectul ştiinţific, care însoţeşte medicamentul !

Problema este foarte serioasă şi poate fi rezolvată numai de medic, care singur şi cumpănind bine, poate aprecia *cît este indicat şi absolut necesar un medicament* şi cînd folosirea acestuia devine un abuz sau un risc nejustificat.

În multe privinţe terapeutica actuală cu medicamente se bazează pe acceptarea unui „risc calculat", privind relaţiile adverse posibile ale medicamentelor (capitolul patologiei medicamentoase).

Ca şi în cunoscuta legendă din mitologie, a cutiei Pandorei, tot astfel şi din această minunată cutie a medicamentelor moderne, au izvorît nu numai efecte utile, dar şi noi pericole şi suferinţe pentru om.

Este o menire a informării ştiinţifice a publicului privind medicamentele, de a reduce la minimum riscurile care se leagă de utilizarea lor şi a favoriza la maximum efectele lor binefăcătoare.

25.

Medicii-scriitori şi rolul lor social

Profesiunea medicală a dat literaturii un mare număr de scriitori de seamă, aparţinînd diferitelor ţări. O enumerare, numai parţială, a acelor scriitori, care au avut medicina, ca profesiune iniţială şi formatoare, este edificatoare : Rabelais, Schiller, Keats, A. P. Cehov, Conan Doyle, G. Büchner, L. Littré, Hans Carossa, G. Duhamel, Alfred Döblin, A. Schnitzler, W. Maugham, A. J. Cronin, Carlo Levi, W. O. Williams, Albert Schweitzer, Axel Munthe, André Breton şi alţii ; Vasile Voiculescu, Saşa Pană, George Magheru, Ion Vitner, I. Biberi, Aurel Baranga, Dan Tăr-

73) * * * — Indicaţii şi contraindicaţii, *România Liberă*, 1979, 11 iulie.

Scanned with CamScanner

chilă, Alexandru Rădulescu, Vintilă Ciocâlteu, O. Carp (Gh. Proca), George Ulieru, I. I. Mironescu, V. Papilian, Gr. T. Popa, Mihai Neagu-Basarab, C. D. Zeletin și alții. Toți aceștia și-au împletit tot timpul activitatea lor medicală cu aceea literară și socială. La unii, a prevalat activitatea scriitoricească („scriitori-medici"), în timp ce la alții a prevalat activitatea de medic („medici-scriitori").

La prima vedere, ar părea surprinzătoare această apropiere între medicină și literatură, între activitatea medicală și cea literară. Este suficient însă să ne gîndim cîtă imensă experiență acumulează un medic adevărat, cu o trăire intensă a profesiunii, în cunoașterea oamenilor, a relațiilor umane. O astfel de prezență notabilă a medicilor în domeniul literaturii nu trebuie privită ca un *hobby*, ca o simplă aventură ori ca o evadare dintr-un cotidian plin de suferințe și mizerie umane, ci ca *o necesitate de a comunica, de a scrie, din marea lor experiență cu oamenii.*

Nici o operă literară nu ar putea rezista criticii și timpului, fără a exprima o bogată trăire a realităților umane. Așa cum spunea un mare poet, Rainer Maria Rilke, chiar pentru a scrie un singur vers, „trebuie să fi văzut multe orașe, oameni și lucruri... căci versurile sînt mai curînd experiențe".

Plecînd de la aceste considerații, rezultă că, așa cum spunea R. Kaech (74) „apare secundar dacă aceste comunicări se exercită sub formă de poezie, de roman, de dramă sau de esseu", căci în toate aceste domenii ale literaturii medicii-scriitori au excelat.

Responsabilitatea socială a medicilor scriitori

Răspunderile medicilor scriitori se încadrează între acelea ale fiecărui scriitor. Astfel, ei au — pe lîngă răspunderea artistică a creației lor literare — și o mare responsabilitate socială, derivată din aprofundata cunoaștere a omului și a nevoilor lui, acumulează o mare experiență umană și socială. Putem spune însă că, plecînd de aici, responsabilitatea medicilor scriitori crește și mai mult, prin opera lor literară.

În adevăr, dacă analizăm în acest sens, al fondului și al orientării lor, imensa majoritate a operelor literare ale scriitorilor medici, de la Rabelais și pînă astăzi, sînt impregnate de un profund umanism. Vechea maximă a lui Terentius, *Homo sum, humani nihil*

74) KAECH R. — Pourquoi ces médecins s'adonnent-ils à la litterature ? *Schweiz. Ärztezeitung*, 1976, 28.

Scanned with CamScanner

a me alienum puto, pare că a inspirat permanent activitatea scriitorilor-medici şi a medicilor-scriitori.

Dar nu este suficient ca tematica operei lor să fie numai inspirată din viaţa, pe care s-o reflecte în mod pasiv. Realizarea operei, orientarea şi soluţia pe care autorul o aduce în final arată încotro se îndreaptă scriitorul : „dacă construeşte ceva util omului şi societăţii sau dacă dărîmă fără să construiască nimic, dacă te coboară în desnădejde sau te înalţă către idealurile nobile ale omenirii".

Prin calitatea lor de a scrie lucrări literare, medicii-scriitori îşi lărgesc deci influenţa asupra oamenilor şi implicit răspunderea socială. În această privinţă, trebuie să constatăm cu satisfacţie că imensa majoritate a operelor literare ale medicilor-scriitori se înscriu pe un plan pozitiv, prin orientarea lor umanistă, caracterul lor constructiv, realist şi militant social (75). Spunea în acest sens medicul-scriitor Albert Schweitzer :

„Umanismul, pacea, prietenia sînt comandamentele supreme ale epocii noastre. Toţi scriitorii adevăraţi trebuie să includă în opera lor aceste valori superioare ale conştiinţei umane".

Aceasta este invitaţia făcută scriitorilor de către un medic-scriitor, distins cu premiul Nobel pentru pace, celebru prin activitatea sa medicală şi socială, desfăşurată într-un teritoriu din Africa (fundaţia medicală, întemeiată şi întreţinută de el în localitatea Lambaréné din Gabon).

Un alt frumos îndemn la activitatea medico-socială vine din partea unui alt medic-scriitor, V. V. Veresaev :

„Medicul, dacă este cu adevărat medic şi nu un simplu salariat al medicinii, trebuie să lupte pentru obţinerea tuturor condiţiilor care asigură păstrarea sănătăţii. El trebuie să fie un factor social în cea mai largă accepţiune a cuvîntului".

Axel Munthe — un alt medic-scriitor — se exprima astfel : „Nu dai nimic, dacă nu te dai pe tine însuţi".

Iar A. P. Cehov, scriitor-medic atît de renumit ca scriitor (dar care a activat mult şi ca medic) spunea :

„Viaţa conştient lipsită de o concepţie clară despre lume nu este viaţă, ci un chin, un supliciu".

Există mulţi medici-scriitori, care au excelat în mod deosebit prin activitatea lor socială. Amintim dintre aceştia pe : Norman Bethune, medic cu activitate pe trei continente, în slujba umanităţii ; Carlo Levi, medic-scriitor şi luptător antifascist ; Alfred Döblin, romancier şi medic al săracilor ; V. Heiser (cu opera lui

75) VOICULESCU M., ANGELESCU M. — Medici-scriitori, scriitori-medici, Ed. medicală, Bucureşti, 1964.

Scanned with CamScanner

medico-socială povestită în „Extraordinara odisee a unui medic"); Albert Schweitzer, medic-scriitor cu o cultură multilaterală, luptător pentru pace și pentru sănătatea celor mulți...

Dintre scriitorii-medici români, cu preocupări sociale amintim pe : Vasile Voiculescu, G. Ulieru, I. I. Mironescu, I. Biberi, I. Vitner, G. Proca, G. Magheru, Victor Crăsescu, C. Popescu-Azuga, Aurel Baranga, Dan Tărchilă. Cîteva exemple din viața și activitatea unora dintre aceștia sînt sugestive (76).

Vasile Voiculescu (1884—1963), medic și scriitor de renume, a practicat medicina în diferite circumscripții medicale din țară, ca un apostol, ca un „medic fără de arginți", iubitor de cei săraci și suferinzi. El a fost intens preocupat de creșterea culturii sanitare a poporului, căruia i s-a adresat în acest scop prin conferințe și variate scrieri. A publicat astfel o carte de fitoterapie, în stil de popularizare, intitulată „Călăuza farmaciei cu leacuri de întîiul ajutor", precum și alte cărți : „Igiena satelor", „Cartea satelor", „Toate leacurile la îndemînă". În acest scop, el a colaborat săptămînal din 1930 la „Ora satului" de la radio, dînd sfaturi medicale la rubrica „De vorbă cu sătenii". În timpul războiului de întregire, în 1917, V. Voiculescu a fost medic șef al unui spital de campanie, cu care ocazie s-a îmbolnăvit de tifos exantematic. Abia scăpat cu viață, el a refuzat concediul medical legal, pentru a rămîne să-și îngrijească soldații mai departe (fapt pentru care a fost decorat). Întreaga lui ființă inspira o bunătate rară, o mare dragoste de om.

Un exemplu similar din timpul războiului 1916—1918, îl găsim la medicul-scriitor George Magheru, care a impresionat printr-un devotament ieșit din comun. Iată un extras din raportul pentru decorarea sa, pentru activitatea sa ca medic militar : „acest medic, nu numai că îngrijește oamenii săi și populația civilă, dar fiindu-i insuficiente mijloacele farmaceutice date, el își întrebuințează și solda și avutul său, pentru a face față cerințelor. Merge atît de departe cu îngrijirea bolnavilor, încît își dă nu numai propria sa locuință, dar chiar și patul său, acelora care au nevoie de o îngrijire deosebită" (77). Ce poate fi mai impresionant și mai uman, decît acest devotament, în care medicul-scriitor George Magheru se oferea pe sine însuși, cu tot ce avea, pentru bolnavii săi, soldați sau civili.

Medicul scriitor George Proca a făcut parte din cercul socia-

76) V O I C U L E S C U M. — Contributia microbiologilor români la patrimoniul literar național. Conferință la Muzeul Literaturii Române, 24 sept. 1982.

77) S E F E R M A R I A N A — George Magheru, *Microbiologia (Buc.)*, 1973, 6, 541.

Scanned with CamScanner

liştilor români, cu Nădejde, Dobrogeanu-Gherea, Mille şi C. Stere. În scrierile sale, a arătat multă simpatie pentru cei săraci şi suferinzi şi îndeosebi pentru problemele ţărănimii sărace, publicînd studii, ca „Hrana ţăranului" (1906) şi „Cercetări asupra hranei ţăranului" (1907).

În acelaşi sens, trebuie amintită viaţa şi activitatea medicului Victor Crăsescu, care semna, ca scriitor, sub pseudonimul de Ştefan Basarabeanu. El a desfăşurat, pe lîngă activitatea de medic şi scriitor, o bogată activitate revoluţionară, prin publicaţii şi prin fapte.

Sînt numai cîteva fapte din şirul lung al medicilor scriitori, militanţi sociali.

Din activitatea Uniunii mondiale a scriitorilor-medici

Din 1957, a fost fondată Federaţia internaţională a societăţilor scriitorilor medici, devenită ulterior *„Union mondiale des écrivains-médecins"* (UMEM), cuprinzînd reprezentanţi din peste 20 de ţări. Cu ocazia celui de-al XXI-lea Congres, ţinut la 19—23 septembrie 1976 la Corfu (Grecia), tematica congresului a cuprins pe lîngă tema „Umorul medical în literatură" şi o temă cu preocupări sociale: „Contribuţia scriitorilor-medici la lupta contra drogurilor" *(sensu lato* : a abuzului de medicamente în general, a toxicomaniilor), la care s-au adus comunicări deosebit de interesante, privind sarcinile medicilor-scriitori în această problemă. Prin talentul lor de a scrie, prin cunoştinţele lor medicale, medicii-scriitori dispun de un mare spectru de activitate, de o influenţă considerabil mai largă, prin articole şi variate scrieri.

Un obiectiv important al medicilor scriitori, la tema „Structura şi finalitatea Uniunii mondiale a medicilor-scriitori" a fost propus de delegaţia română, prin participarea medicilor-scriitori la o mai profundă umanizare a medicinii contemporane, intens impregnată de tehnicism, dar care trebuie să rămînă devotată omului şi apropiată de om prin metodică, atitudine şi înţelegere umană. Ideea a fost reţinută ca o temă a viitorului congres, ca o orientare importantă a medicinii actuale.

În concluzie, este important ca noi medicii şi mai ales cei care posedă talentul scrisului, să ţinem seama de puterea noastră de convingere şi influenţa de care dispunem asupra oamenilor, şi să le folosim din plin în activitatea noastră medico-socială, tot atît de spectaculoasă ca şi vindecările individuale.

Scanned with CamScanner

26.

Dincolo de raza de acțiune a medicului

Trebuie spus mereu, în mod franc și ritos : *Sănătatea nu este și nici nu poate fi considerată numai o problemă medicală.*

Sănătatea nu se poate cumpăra din farmacii și nici de la medic. Așa-zisa tendință la „medicalizarea" sănătății constituie o absurditate creată și întreținută în mod artificial de unii semidocți sau detractori ai medicinii. Medicina și medicul oferă soluții, recomandări și programe pentru menținerea sănătății și limitarea morbidității, dar *mulți din factorii implicați în aceste procese se situează dincolo de raza de acțiune și de eficacitate a medicului,* în variate domenii, necontrolate de medicină : în mediul înconjurător, în mediul social, în situația economică, în comportarea de toate zilele a oamenilor. *Prin multe din ceea ce se întîmplă în aceste sectoare, omenirea se manifestă chiar împotriva sănătății sale.*

Desigur, este foarte important să se aloce fonduri pentru cercetări în domeniul sănătății și pentru construcția de spitale, dar mult nu se va mai obține în promovarea sănătății, atîta timp cît omenirea va accepta să tolereze sau chiar să întrețină existența a numeroși factori de risc sau direct nocivi pentru sănătate, care țin fie de mediul ambiant, fie de stilul de viață a omului modern (78), și anume ;

— poluarea mediului înconjurător, a aerului și a apei ;

— desfătarea cu alcool, tutun și droguri ;

— nutriția nerațională, cantitativ prin abuz și calitativ, prin anumite obiceiuri alimentare ;

— excesul de sedentarism, întreținut de comoditate și autoturisme ;

— persistența sărăciei, a inegalităților sociale și economice ;

— menținerea ignoranței în domeniul cunoștințelor sanitare.

Iată, deci, ce cauzalitate complexă, rezultată din acțiunea mediului înconjurător și din stilul de viață, intervin în starea de sănătate și de boală. Cîți din acești factori se află sub influența medicului ?

78) MOORE FR. — Hesitation and delay as a social phenomenon, *New Engl. J. Med.*, 1973, 289, 40.

Scanned with CamScanner

Sănătatea și mediul ambiant

Viața și sănătatea omului nu pot fi despărțite de mediul înconjurător și nici tratate independent de acesta. Ori, astăzi, asistăm la mari schimbări ecologice, asupra cărora biologii și medicii au atras de mult timp atenția, modificări produse de om, involuntar sau deliberat, dintre care citățm cîteva : *poluarea industrială a mediului ambiant, utilizarea nerațională a substanțelor chimice, dezvoltarea marilor aglomerări urbane.* Toate acestea generează dezechilibre, care acționează asupra sănătății și vieții omului și a întregii biosfere. Se vorbește tot mai mult de o „criză ecologică" sau despre „tehnosfera contra biosferei", ca o contradicție, ca o corelație, devenită una dintre problemele fundamentale ale omenirii, care întîmpină mari dificultăți în soluționarea sa (79). Se apreciază că :

„Viitorul omenirii depinde acum, în gradul cel mai înalt, de tipul relațiilor, care se vor stabili între societatea umană și natură. Dacă la baza lor nu se vor pune alte principii decît cele generate de exploatarea capitalistă a naturii și a resurselor ei, revoluția ecologică s-ar putea transforma într-o catastrofă globală" (80).

Așa cum se afirmă, în mod just, rezolvarea crizei ecologice nu poate rămîne numai o problemă științifică și tehnică, ci este totodată o problemă social-politică și etică (79).

„Multe depind de faptul dacă omul va fi sau nu stăpînul tehnologiei, pe care el însuși a creat-o" (Szent György).

Ținînd seama că aceste modificări ale naturii afectează sănătatea omului și calitatea vieții, rezultă chiar că la rezolvarea „crizei ecologice", trebuie să participe specialiști din cele mai variate domenii : politicieni, virusologi, economiști, sociologi, medici, ingineri, chimiști, fizicieni, geologi, — fiind mai înainte de toate o problemă de politică, de modul de folosire a cuceririlor revoluției științifico-tehnice, a exploatării resurselor naturii.

Iată deci un domeniu de acțiune pentru sănătatea omului, în care medicul este un participant, un consultant care cooperează, dar nu poate decide, decît atît cît este ascultat.

79) ROMAN V. — Ecologia și producția în condițiile revoluției științifico-tehnice, *Era socialistă*, 1976, *10*, 29.
80) SARAN V. — Responsabilitatea biologului în fața societății, *Era socialistă*, 1974, *17*, 40.

Scanned with CamScanner

Ritmul acestor schimbări

A devenit un loc comun de a ne afirma că trăim într-o lume în continuă schimbare. Dar, ceea ce nu se sesizează suficient este *rapiditatea* cu care se produc aceste schimbări și mărimea lor. După Platt (81), există o singură criză în această lume : *criza transformării*. El apreciază că, în ultimul secol, au crescut : viteza de comunicare cu 10^7, viteza de deplasare cu 10^2, viteza de a mînui datele cu 10^6, resursele de energie cu 10^3, puterea armelor cu 10^6, facultatea de a controla bolile numai cu 10^2, ritmul de creștere a populației cu 10^3.

Cum se vor putea mînui oamenii acestei noi și unele atît de periculoase forțe ? Dar, mai ales, cum se vor adapta oamenii la acest ritm rapid al schimbărilor ?

Asistăm astăzi, în cîțiva ani, la modificări ale mediului înconjurător, care altădată se produceau în cursul unei generații. Se pare că posibilitățile de adaptare a omului, a ritmului la aceste schimbări sînt mult mai lente, rămîn în urmă, realizîndu-se o „criză de adaptare", care duce la tulburarea mecanismelor homeostatice, la nevroze și boli cardiovasculare. Omul nu mai poate controla ceea ce a creat !

Față de această inadaptare a omului, la modificările mediului înconjurător, va fi poate mai ușor și mai eficient să intervenim pe mediul interior al omului ? se întreabă marele cardiolog G. Björk (82).

Numai dacă cei care decid cu privire la modificările mediului înconjurător vor ține seama de influența acestor modificări asupra proceselor fiziologice și fiziopatologice ale ființei umane, se va putea acționa în mod favorabil asupra sănătății omului, prin conservarea unui mediu ambiant favorabil sănătății acestuia.

Stilul de viață și bolile acestui secol

Ameliorarea condițiilor social-economice și progresul tehnico-științific a adus binefaceri imense stării de sănătate a omenirii. În același timp, însă, acest progres a creat și unele efecte adverse asupra sănătății. Viața a devenit mai ușoară, mai comodă, dar totodată și mai artificială, s-a îndepărtat în unele privințe de mediul natural, în care a crescut omul, prin abuzul de unele cuceriri tehnice, de plăceri și nepăsare.

81) PLATT J. — What we must do, *Science*, 1969, *166*, 1 115.
82) BJÖRK G. — Factors contributing to the aethiology of cardio-vascular diseases, *Cor et Vasa (Praha)*, 1964, *6*, 169.

Scanned with CamScanner

Au apărut astfel, anumiți factori agresivi pentru sănătate, denumiți de medici *factori de risc*, și în consecință, o patologie dominantă, legată de acești factori : boli degenerative, cardiovasculare, boli de nutriție, nevroze, creșterea incidenței cancerului, boli provocate de medicamente ș.a.m.d. Se poate vorbi deci de boli ale progresului, ale civilizației, ale acestui secol.

Dacă ne întrebăm, în mod concret, unde se află acești *factori de risc*, care ne pîndesc — ca demonii de altădată — vom răspunde în mod clar *în stilul nostru de viață*, și anume :

— în pachetele de țigări, pe care le consumăm, oferite în cele mai atractive și perfecționate forme de prezentare, care au ridicat incidența cancerului pulmonar pe cele mai înalte culmi ;

— în meniurile noastre bogate, în excesul de calorii pe care le ingerăm, în hrana rafinată pe care o consumăm, dezechilibrată în principii alimentare, cu ignorarea unei nutriții rationale, bazate pe date științifice ;

— în sedentarismul nostru, favorizat de facilitățile create de tehnică (ascensoare, autoturisme etc.) ;

— în viteza și nesocotința cu care circulăm în aglomerația de astăzi a circulației rutiere ;

— în consumul excesiv de băuturi alcoolice ;

— în abuzul de medicamente și alte droguri.

Pot aceste obiceiuri și pasiuni să fie controlate prin sfaturile noastre medicale, prin educația sanitară? Realitatea ne arată că nu, ori numai parțial. După cum spunea Björk (5) :

„Experiența a arătat că *homo sapiens* nu este totdeauna o creatură rațională și nu se lasă ușor frustrat de dorința sa pentru plăceri, chiar dacă acestea constituie o amenințare pentru sănătatea sa".

Unele soluții

Ce trebuie de făcut ?

În primul rînd, este necesară o vastă acțiune de lămurire a populației, de educație biologică și sanitară, ceea ce înseamnă nu numai *informare*, dar și *convingere*, pe toate planurile care afectează sănătatea.

Pentru apărarea mediului ambiant de factorii agresivi, pentru conservarea naturii și a sănătății omului, sînt necesare *programe concrete*, așa cum avem în țara noastră. În același scop, în fiecare an, la 5 iunie se sărbătorește „Ziua Mondială a Mediului Înconju-

Scanned with CamScanner

rător“ (83), acţiune care se încadrează în educaţia biologică şi sanitară a populaţiei. După cum se exprimă V. Saran (80) :

„Respectul omului pentru valorile naturii constituie, în ultimă analiză, rezultatele educaţiei sale morale şi estetice“ (la care noi am adăuga şi sanitare).

Astfel de responsabilităţi le revin tuturor şi ele nu trebuie uitate, deoarece mediul ambiant nu are posibilitatea de a reacţiona prompt faţă de acţiunile negative ale omului. În adevăr, şi din nefericire, reacţiile mediului ambiant, consecinţele modificărilor pe care noi i le imprimăm, apar încet şi prea tîrziu, pentru a mai putea fi remediate la timp şi cu eficacitate în favoarea sănătăţii.

Cel mai dificil de controlat şi modificat rămîne *stilul de viaţă*, dus în detrimentul sănătăţii : modul de nutriţie, fumatul, abuzul de plăceri, de alcool, de medicamente, sedentarismul ş.a.m.d. Toate mijloacele de educaţie sanitară, în cele mai diversificate, atractive şi convingătoare forme trebuie folosite în acest scop, mai ales radioul şi televiziunea.

Iată un mic exemplu de expunere atractivă la televiziune în S.U.A., cu privire la atacul de inimă. Se arată că din cei 10 factori care duc la infarct, există 3 care nu pot fi controlaţi : ereditatea, vîrsta şi sexul. Dar există ceilalţi 7 factori, care pot fi controlaţi : greutatea corporală, tensiunea arterială, stressul, colesterolul sanguin, somnul, fumatul şi exerciţiul fizic. Ţinînd seama că boala coronariană este mai frecventă la bărbat (4 din 5 cazuri), se consideră că soţia poate juca un rol important în profilaxia infarctului cardiac, pentru a ajuta soţul să trăiască mai mult, controlînd aceşti 7 factori.

Scopul acestor rînduri despre factorii nocivi asupra sănătăţii, care acţionează şi se află dincolo de raza de acţiune a medicului, nu este acela ca medicul să renunţe să acţioneze în astfel de teritorii, ci o încercare de a-i contura posibilităţile şi responsabilităţile sale, mult mai restrînse.

Dar, aşa cum am spus, medicul nu poate renunţa la această luptă pentru sănătate, chiar cînd îi este depăşită puterea pe care i-o conferă specialitatea sa sau o activitate singulară. Fiecare medic are şi o răspundere de cetăţean, social-politică, şi el trebuie să incite şi să lupte, în echipă, în toate domeniile pentru apărarea sănătăţii, sesizînd despre „factorii de risc“ şi participînd la neutralizarea lor.

83) PLAIEŞU AL. — Viaţă sănătoasă într-un mediu ambiant sănătos, *Scînteia*, 5 iunie, 1981.

Scanned with CamScanner

Încă în 1849, Rudolph Virchow pleda în acest sens :

„Dacă medicina vrea să-şi exercite plenar rolul său, ea trebuie să participe la viaţa politică şi socială a ţării ; ea trebuie să semnaleze obstacolele, care se opun la desfăşurarea normală a proceselor vitale şi să încerce să obţină eliminarea lor".

Nu se putea spune mai clar, ceea ce era de spus, ca o concluzie la aceste rînduri.

27.

Lungul drum al profilaxiei

Pe cît de simplă şi de logică apare — teoretic — concepţia, după care păstrarea şi promovarea sănătăţii constituie sarcina primordială a medicinii, pe atît de lung şi de posibil a fost drumul spre realizarea efectivă a acestui deziderat, al medicinii preventive, al profilaxiei.

Încă de acum un mileniu, un celebru medic arab spunea că scopul medicinii este de a întreţine şi apăra sănătatea şi uneori de a vindeca boala.

A trebuit însă să treacă secole de medicină convenţională, curativă, pînă să se recunoască mai bine limitele medicinii curative şi orizontul strîmt al acesteia, adresată numai omului bolnav, în situaţii de necesitate sau la cerere, în timp ce păstrarea sănătăţii a fost lăsată *ad libitum,* la aprecierea fiecăruia.

O astfel de întîrziere a depins, desigur, de orientarea îndelungat curativistă a medicinii, precum şi de mentalitatea populaţiei de a apela la medic numai în caz de boală, dar şi de situaţia progresului ştiinţific şi tehnic, care numai în ultimul secol s-a făcut resimţit, în biologie şi în medicină. Poate de aceea, unii autori (84) se consolează cu speranţa că „dacă secolul al XIX-lea a fost pentru medicină cel al diagnosticului, secolul al XX-lea este al terapeuticii, iar cel al XXI-lea va fi, probabil, al profilaxiei".

O prea lungă aşteptare pentru profilaxie, mult timp considerată ca „ruda săracă", ţinută şi ignorată într-o „splendidă izolare" de restul medicinii şi eclipsată de succesele imediat vizibile şi spectaculoase ale terapeuticii, în timp ce rentabilitatea acţiunilor profilactice se trece de regulă cu vederea.

84) FABRE J., KRAFFT TH. — Le rôle du médecin practicien dans le maintien de la santé, *Schweiz. med. Wschr.*, 1978, 21, 975.

Scanned with CamScanner

Obiectivele medicinii preventive

Medicina preventivă se ocupă, în primul rînd, de oamenii sănătoşi, de păstrarea şi promovarea stării lor de sănătate *(sanogeneza)*. În acest scop, medicina se integrează în contextul social, politic, economic şi cultural al societăţii, întrucît sarcinile privind sănătatea sînt enorme şi depăşesc cu mult domeniul de acţiune al medicinii. Este vorba deci de o participare a medicilor la rezolvarea problemelor sănătăţii, medicul fiind un consultant, un expert, iar societatea oferind mijloacele de care dispune, în cadrul unui program complex de creştere continuă a condiţiilor de viaţă şi de muncă, a calităţii vieţii.

În acest scop, pe lîngă vechile metode ale *medicinii preventive pasive* (imunizări, control medical, microradiofotografie etc.), a căror utilitate rămîne de necontestat, ne bazăm mai ales pe o *prevenire activă*. În acest ansamblu, cuprindem *educaţia sanitară* a întregii populaţii, de la cea mai fragedă vîrstă, în vederea unei colaborări strînse a acesteia cu reţeaua sanitară, pentru respectarea regulilor de viaţă, care asigură sănătatea, pentru cunoaşterea şi evitarea factorilor de risc. La acestea, se adaugă măsuri de protecţie a mediului ambiant, precum şi asigurarea condiţiilor social-economice adecvate sănătăţii.

Participarea la opera de prevenire a bolilor şi la protecţia sănătăţii se înţelege astăzi ca o sarcină pentru toţi membrii societăţii, care ne priveşte pe toţi.

Sănătatea trebuie concepută nu ca un simplu dar, ci ca rezultatul unor preocupări cotidiene şi a unei îndelungate educaţii (85).

Numai o politică de sănătate orientată în primul rînd spre prevenire, va contribui să se obţină o viaţă mai bună şi o creştere a calităţii vieţii, care să asigure dezvoltarea multilaterală a personalităţii umane, a capacităţii sale creatoare, bunăstarea şi fericirea întregului popor (86)(87).

În ţara noastră, *Programul de directive ale Congresului al XII-lea al Partidului Comunist Român*, pentru cincinalul 1981—1985 şi orientările de perspectivă pînă în 1990, prevăd :

„În domeniul ocrotirii sănătăţii se va pune accentul pe organizarea acţiunilor profilactice de identificare şi prevenire a cauzelor care influenţează negativ sănătatea vieţii".

85) MIESCHER P. — Médecine, Santé et prévention, *Schweiz. med. Wschr.*, 1978, 18, 691.
86) PROCA E. — Omul, sănătatea, calitatea vieţii, *Scînteia*, 7 aprilie, 1983.
87) VOICULESCU M. — Medicina preventivă şi calitatea vieţii. *România liberă*, 17 mai, 1976.

Scanned with CamScanner

Iar tovarășul *Nicolae Ceaușescu*, președintele țării, precizează în mod expres :

„Desigur, pacienții trebuie tratați, dar medicina trebuie să acționeze în primul rînd pentru a preveni îmbolnăvirea... Noi nu vom judeca rezultatele activității medicale după numărul consultațiilor, ci le vom judeca după gradul de sănătate a poporului".

Posibilitățile acțiunii preventive la mai multe niveluri

Concepția de prevenire are astăzi, și din ce în ce mai mult în perspectivă, un orizont mult mai larg decît s-a considerat altădată. În concepția medicinii moderne, profilaxia impregnează întreaga activitate medico-sanitară, de la începutul și pînă la sfîrșitul acesteia, în așa fel încît fiecare acțiune, bine orientată și bine gîndită, se bazează pe concepția profilactică.

Deși aforismele asupra primordialității și eficienței profilaxiei s-au formulat de mai multe ori în trecut, numai în cursul acestui secol, s-au putut valorifica treptat și numai unele din posibilitățile profilaxiei, în ocrotirea și promovarea sănătății publice.

A devenit tot mai evident că orizontul acțiunilor profilactice s-a lărgit considerabil și a căpătat totodată și profunzime. Putem afirma că, în această concepție, acțiunile preventive se desfășoară continuu, la mai multe niveluri ale activității medico-sanitare (88)(89).

1. Un prim nivel este *profilaxia primară*, în care se cuprind numeroase și variate măsuri de promovare a sănătății prin asanarea factorilor din mediul extern, care pot genera îmbolnăviri. Astfel :

— obținerea și controlul apei potabile, fluorizarea acesteia pentru prevenirea cariei dentare, prevenirea gușei endocrine prin distribuirea de sare iodată etc. ;

— suprimarea sau reducerea impurificării aerului ;

— suprimarea factorilor vătămători din mediul de muncă ;

— controlul și protecția sănătății gravidelor, asigurarea de nașteri eutocice, prevenirea unor boli genetice (sfatul genetic, amniocenteza pentru diagnosticul prenatal al unor boli) ;

— controlul dezvoltării normale a copiilor ;

88) VOICULESCU M. — Posibilitățile acțiunii preventive la mai multe niveluri, *Viața med.*, 1971, 4, 146.

89) MARTIN J. — Actions a visée préventive, *Schweiz. med. Wschr.*, 1978, 9, 345.

Scanned with CamScanner

— examinări periodice ale muncitorilor în întreprinderi ;
— creşterea rezistenţei specifice prin programe de vaccinare ;
— educaţia sanitară a populaţiei, prin răspîndirea cunoştinţelor ştiinţifice asupra prevenirii bolilor, asupra modului de a munci şi a trăi sănătos şi prevenirea instalării unor boli degenerative, aşa-zise ale civilizaţiei (arterioscleroza, obezitatea etc.).

La acest nivel, la această etapă de prevenire s-a referit în mod deosebit tovarăşul *Nicolae Ceauşescu*, cînd a spus la înfiinţarea Consiliului Sanitar Superior :

„Trebuie să se acorde atenţia principală prevenirii bolilor, apărării sănătăţii, nu intervenţiei după ce omul s-a îmbolnăvit, cînd uneori nu mai este nimic de făcut“.

2. Un al doilea nivel este *prevenirea secundară*, care se realizează prin :
— schimbarea obiceiurilor, care pot duce la îmbolnăvire (fumat, abuz de băuturi alcoolice, abuz alimentar, abuz de medicamente) ;
— depistarea precoce şi de rutină a unor stări premorbide sau boli, fie prin examinări individuale *check-up*, fie în masă *(screening)*, în stadiul 0 (cancer) sau infraclinic, efectuate periodic, sau prin autoobservaţie ;
— tratament precoce pentru limitarea bolii declarate, prevenirea complicaţiilor şi sechelelor (complicaţii infecţioase, accidente cerebrale vasculare etc.) ;
— prevenirea bolilor iatrogene (patologia medicamentoasă, infecţiile interioare, hospitalismul).

3. Al treilea nivel este *prevenirea terţiară* (a treia fază a medicinii, a actului medical), care cuprinde măsuri reprezentînd, în ansamblu, *perioada de recuperare medicală* (sau „reabilitare“, după termenul folosit în alte ţări), în vederea recîştigării capacităţii de muncă, anterioară bolii. Pornind de la o evaluare atentă a alterărilor organice şi funcţionale lăsate de boală (şi a gradului acestor deficite), recuperarea recurge într-o serie de etape : recuperarea funcţională, readaptarea profesională, reintegrarea familială şi socială.

Expertiza capacităţii de muncă şi tot ansamblul de măsuri de recuperare, care se realizează în diferite instituţii de specialitate, reprezintă o fază deosebit de importantă a medicinii, care se află în plină dezvoltare în toate ţările, ca o formă modernă de protecţie a sănătăţii publice, de importanţă nu numai individuală, dar şi mai ales socială.

În esenţă, şi această „a treia fază a medicinei“ deţine un rol profilactic, acela de prevenire a incapacităţii de muncă şi recupe-

Scanned with CamScanner

rarea acesteia, în măsura în care aceasta s-a pierdut (vezi și cap. *40*).

Aceste posibilități multiple ale medicului de a acționa în spirit profilactic, la diferite niveluri, începînd de la acțiunea asupra factorilor etiologici (exogeni și endogeni) și continuînd în același spirit și după ce boala a apărut, reprezintă orientarea preventivă, caracteristică medicinii moderne. Avînd o astfel de gîndire profilactică, orice medic competent va avea imboldul să acționeze tot timpul în sens preventiv. Toate acestea sînt *acțiuni preventive,* vizînd nu numai prevenirea integrală a bolii, dar și limitarea efectelor acesteia, atunci cînd s-a declarat. Această atitudine aparține și acelor medici care — deși nu mărturisesc — dar fac totuși medicină preventivă, fără a-și da seama, — așa cum Jourdain, eroul lui Molière, „făcea proză" fără să știe.

Cu alte cuvinte, medicina preventivă (atît de mult timp exilată într-o „splendidă izolare") face astăzi parte integrantă din îngrijirea medicală totală, la fiecare nivel și formă de activitate medicală.

Medicina, în rolul său de ocrotire și de promovare a sănătății, *nu poate fi decît una singură, orice separare între activitatea curativă și cea profilactică fiind artificială și fără perspectivă.*

Dificultăți în calea profilaxiei

Încheind această enumerare a etapelor acțiunilor profilactice, este cazul să ne întrebăm :

— Sînt folosite astăzi toate resursele profilaxiei, atît cele mai vechi, cît și cele mai noi descoperite de cercetarea medicală ?

— Stă oare numai în puterea medicului și a medicinii să asigure populației aceste cuceriri profilactice, care sînt cele mai valoroase pentru sănătate și totdeauna cele mai ieftine și mai rentabile economic ?

— Cum privește populația acțiunile preventive ?

Din păcate, la aceste întrebări nu se pot da încă răspunsuri satisfăcătoare.

Nu este suficient să orientăm profilactic gîndirea medicală și acțiunile medico-sanitare, ci este nevoie să convingem și populația de acest lucru.

În această privință, nu stăm bine cu lămurirea populației, așa cum rezultă din experiența noastră, precum și din diferite anchete făcute în străinătatae, cît și în țara noastră. Astfel, după o cercetare făcută în străinătate, numai 5% dintre persoanele cercetate s-au interesat de acțiunile preventive, în timp ce 95% s-au interesat numai de tratamentul medical, în caz de boală. O anchetă făcută

Scanned with CamScanner

recent de un cotidian în țara noastră (*România liberă*, 26 iunie 1973) a arătat că : numai 16% din persoanele cercetate s-au supus unui control preventiv al stării de sănătate, iar 60% au negat chiar necesitatea unui astfel de control, afirmînd că medicul nu trebuie să aibă de a face decît cu omul bolnav.

Concepția curativistă predomină încă în populație peste tot. Mulți oameni nu vor să fie deranjați în stilul lor de viață, chiar dacă acesta este nociv pentru sănătate, și preferă să ia remedii în caz de boală. Ei privesc cu plăcere către tehnicitatea medicinii curative, către tehnicitatea înaltă a acesteia și mai puțin spre sănătate și prevenire (85).

În general, oamenii sînt puțin dispuși să participe în mod activ la acțiunile profilactice, considerînd că medicina preventivă intervine prea mult în viața lor, creîndu-le anxietate, obsesii și chiar panică (89). Unii consideră că s-ar exagera cu sfaturile medicale, comparîndu-le cu exigența autorităților responsabile de circulație de a purta centura de securitate !

În acest sens, apar și cărți, cum este cea a lui Bensaid (90), în care acesta afirmă pur și simplu — între altele — că : „medicina se servește de ideea magică a prevenirii, pentru a-și asigura stăpînirea ei asupra vieții noastre, exploatînd temerile noastre și voind să ne dicteze o viață dominată de grija de a supraviețui !". Toate aceste păreri cu privire la atingerea libertății fiecăruia de a face ceea ce vrea cu sănătatea sa, nu mai pot fi acceptate astăzi de nici un stat, ținînd seama de povara costului îngrijirilor medicale, dacă am admite o astfel de anarhie în conduita față de sănătate.

Această stare de spirit a unora, pe de o parte, și ignoranța altora, pe de altă parte, arată cît enorm cîmp de lucru avem în domeniul educației sanitare.

În țara noastră, unde *sănătatea* populației este o *problemă de stat*, iar asistența medicală este accesibilă tuturor și gratuită, sarcinile noastre în domeniul educației în spirit preventiv sînt mai ușoare, pentru a convinge populația de superioritatea acțiunilor profilactice.

Resursele și rentabilitatea profilaxiei

Resursele profilaxiei sînt departe de a fi folosite integral și poate că lungul drum al profilaxiei va fi înțeles numai acum. În acest sens, pledează orientarea tot mai mult preventivă

90) BENSAID N. — La lumière médicale : les illusions de la prévention, Ed. Seuil, Paris, 1981.

Scanned with CamScanner

a medicinii contemporane, prin campanii de eradicare a unor boli transmisibile (variola, rujeola), prin programe de durată de supraveghere, control și prevenire ale unor boli cronice ori cu extindere de masă (boli cardiovasculare, cancer, boli de nutriție, boli psihice etc.), așa cum s-au elaborat în țara noastră. Rezultatele acestor programe, deși nu se pot vedea imediat, vor avea consecințe importante în viitor. De pe acum, se semnalează un declin al accidentelor vasculare cerebrale, înregistrîndu-se într-o regiune unde s-a aplicat un astfel de program preventiv, o scădere cu 45% între 1970 și 1974, față de perioada 1945—1949 (91). De asemenea, mortalitatea prin boala coronariană a scăzut în decurs de 30 de ani cu 23%, datorită măsurilor profilactice, la care a colaborat întreaga populație (92)(93).

Un alt exemplu optimist îl oferă medicii din Anglia, care practic au abandonat fumatul, ceea ce a condus la o scădere sensibilă a cancerului pulmonar și a infarctului cardiac (84).

Pe de altă parte, valoarea acțiunilor profilactice trebuie înțeleasă și pentru *rentabilitatea* lor, deși efectele se observă mai tîrziu. Citățm, pentru exemplu, eradicarea definitivă în 1961, în țara noastră, a malariei, boală care pînă în 1948 determina peste 300 000 de cazuri pe an. Costul acțiunii a fost de numai 1/10 din ceea ce se realizează astăzi prin intrarea în venitul național a sumei rezultate din zilele de lucru care nu se mai pierd și din cheltuielile de tratament care nu se mai fac.

Exemple asemănătoare, de rentabilitate economică, se pot da în cazul poliomielitei, al rujeolei și al altor boli transmisibile, a căror morbiditate a fost considerabil redusă prin programele de vaccinare în masă.

Astfel, acțiunile preventive, spre deosebire de cele curative, se dovedesc rentabile pentru economie și contribuie esențial la prelungirea duratei vieții și la creșterea calității vieții, a bunăstării și fericirii populației.

91) GARRAVAY W. M. — și colab. — The declining incidence of stroke, *New Engl. J. Med.*, 1979, 300, 449.
92) LEVY R. — Stroke decline : implications and prospects, *New Engl. J. Med.*, 1979, 300, 490.
93) VLAICU R., PĂTRAȘCU IOANA — Vor fi stăpînite bolile cardiovasculare ? *România liberă*, 11 aprilie 1983.

Scanned with CamScanner

28.

Risc și responsabilitate în practica medicală

Este greu de conceput ca un tînăr (ori o tînără), care candidează pentru a intra la facultatea de medicină, își formează atunci o idee — cît de redusă — despre multitudinea și dimensiunile responsabilităților, pe care urmează să și le asume în practica medicală. Sau, poate, dacă cineva, un medic cu experiență, i le-ar enumera și le-ar pune în adevărata lor lumină, unii din candidați nu s-ar mai încumeta să meargă mai departe.

În adevăr, toți aceia, care s-au dedicat cu totul medicinii și au reflectat profund asupra practicii medicale, nu pot să nu-și amintească de greaua încărcătură de responsabilități a vieții lor de medic. Tot timpul, sîntem responsabili : responsabilitatea medicului este permanentă, cotidiană și multiplă, pe mai multe planuri.

Recunoaștem, astfel :

— *responsabilitatea profesională* (deontologică) *față de bolnav*, care trebuie înțeleasă și asumată la maximum, ca o responsabilitate primară, primordială ;

— *responsabilitatea juridică* (civilă, penală), care trebuie avută în minte totdeauna, dar fără să fixeze atît de mult spiritul medicului, încît să jeneze asumarea deplină a celeilalte responsabilități, cea profesională (94) ;

— *responsabilitatea administrativă*, prin respectarea actelor și formelor administrative, care nu trebuie înțelese ca manifestări birocratice *(paperasserie administrative)*, ci ca o recunoaștere a ordinii și disciplinii în actele medicale ;

— *responsabilitatea economică* a cheltuielilor medicale prescrise de medic, devenită astăzi o responsabilitate majoră față de societate, prin costul ridicat al actelor medicale ;

— *responsabilitatea socială* : „medicina este nu numai o profesie, ci și o activitate cu caracter profund social“ (Gr. Popescu).

Toate aceste responsabilități, atît de importante și de variate, fac ca viața medicului să fie una din cele mai neliniștite și mai agitate sau, cum spunea André Maurois : „eroică, grea, zbuciumată și — cîteodată — sublimă“.

94) DUREGARD H. — Responsabilité médicale et défense des médecins. *Méd. de France*, 1974, 251, 53.

Scanned with CamScanner

Dificilul rol al medicului

Una din sursele importante ale acestei dificultăți rezultă din contradicția creată de dubla răspundere a medicului : *față de bolnav și față de societate* (95). Societatea face pe medici responsabili față de costul ridicat al asistenței medicale, al programelor de sănătate publică și avertizează că ritmul cheltuielilor medicale crește mai repede decît venitul național (ceea ce este foarte adevărat). Pe de altă parte, pacienții — din ce în ce mai bine informați pe plan medical — cer tot mai multe proceduri de diagnostic, mai multe medicamente, mai multă îngrijire, mai multă spitalizare. Se ajunge astfel în unele țări la un fel de „inflație medicală" (96).

Dar putem oare concepe lupta împotriva bolii numai în termeni de rentabilitate ? Care sînt limitele de atins pentru a respecta valoarea umană a actelor medicale, și — în același timp — și eficiența lor ? (*eficiență* = raportul dintre cost și beneficiile realizate de populația în cauză).

Cînd ni se cere să scurtăm durata de spitalizare a bolnavilor, cine va apăra pe medic de reclamațiile acestora, ținînd seama de riscurile posibile ale unei evoluții nescontate a bolii ori a omiterii, prin scurtarea spitalizării, a efectuării unor analize sau a repetării lor ? Teama de astfel de reclamații și de consecințe judiciare îi face pe unii medici să abuzeze de unele explorări, deseori costisitoare și superflue, crescînd astfel, în mod injust, și mai mult costul asistenței medicale.

În mod justificat, se propun : studii controlate de economie sanitară (studii comparative între diferite spitale sau grupe de populație), acordarea de preferință a asistenței medicale ambulatorii (mult mai ieftină decît medicina de spital, care costă pînă la 60% din bugetul sănătății) și mai multă operă de prevenire.

În mod obiectiv, progresul medical pentru binele omului trebuie să meargă paralel cu o economie rentabilă, iar medicului îi revine dificilul rol de a păstra cumpăna între aceste două condiții.

Riscul în practica medicală

Medicina nu este numai o știință, ci și o artă, iar prin practica medicală este mai mult o artă, o artă care implică cunoașterea și aplicarea adecvată a cunoștințelor științifice.

95) LAURY G. V. — Le difficile rôle du médecin. *Méd. et Hyg. (Genève)*, 1982, 40, 2 339.
96) COCHRANE A. — L'inflation médicale. Reflexions sur l'efficacité de la médecine, Ed. Galilée, Paris, 1977.

Scanned with CamScanner

Medicul se angajează să îngrijească cu competenţă şi devotament bolnavul, dar nu poate să prevadă totul, nici să ofere o asigurare absolută a vindecării. Practica medicinii este plină de neprevăzut şi de riscuri. Recent, o personalitate medicală din Anglia se întreba într-un articol : „Poate fi practica medicală exonerată de risc" ? La care, acelaşi autor răspunde ferm : „Nu, riscurile sînt inerente în orice disciplină, în care incertitudinile sînt frecvente, iar deciziile se iau adesea pe probabilităţi" (97).

Tot timpul riscăm ca medici. Riscăm cînd punem un diagnostic, aparent logic (dar nu totdeauna ceea ce este logic se şi întîmplă în medicină), cînd luăm o decizie terapeutică ori cînd prescriem un medicament. Nu există un medicament fără reacţie adversă. Cineva spunea că, dacă admitem că chirurgii sînt urmaşii bărbierilor din Evul mediu, atunci farmacologii sînt şi ei urmaşii familiei Borgia (renumită prin rafinamentul lor în otrăvuri). Iar noi trebuie să prescriem medicamente, care deseori prezintă limita terapeutică foarte aproape de cea toxică, sau să ne expunem la cele mai neaşteptate reacţii de sensibilizare.

Există, desigur, şi un *risc calculat*, prin care în medicina modernă cîntărim în efectuarea unui act medical, folosul acestuia (valoarea terapeutică sau de diagnostic), faţă de riscul reacţiilor adverse. Cînd domină valoarea pozitivă, medicul îşi poate asuma riscul aplicării, dar numai după o amplă reflecţie. Un exemplu îl constituie efectuarea unei transfuzii de sînge, cînd aceasta este indispensabilă pentru viaţa ori pentru sănătatea bolnavului. În acest caz, ne asumăm riscul de a se provoca (în 5—10% din cazuri), apariţia ulterioară a unei hepatite posttransfuzionale, determinată de unul din virusurile hepatitice, care se află în sîngele donatorului, fără însă a putea fi decelat prin posibilităţile tehnice actuale (şi deci neeliminat).

Riscul calculat se ia în consideraţie şi în cazul unor operaţii dificile, dar necesare. În aceste cazuri, chirurgul este obligat să obţină *consimţămîntul informat* al bolnavului, sau — dacă acesta nu este posibil — al familiei. Apare justificat şi etic ca, în aceste situaţii, riscurile să se împartă cu bolnavul. În acest scop, este util ca medicul să ceară şi semnătura acestuia. În anumite situaţii, însă, neprevăzute, de urgenţă, sau în cursul actului operator, chirurgul trebuie să decidă singur, conform conştiinţei şi competenţei sale.

Se pune întrebarea : este oare indicat să prezentăm bolnavului toate riscurile eventuale ale unui act medical ? Desigur, ne aflăm

97) CLARKE C. — Can medical practice be free of risk ? *J. roy. Soc. Med.*, 1979, 72, 35.

Scanned with CamScanner

într-un domeniu cu mari dificultăți interpretative și orientative. *Nu este însă posibil și nici dezirabil să expunem bolnavului toate riscurile legate de o procedură medicală* (97).

Medicina defensivă : consecință a crizei de încredere medic-pacient

În unele țări occidentale, în special în America de Nord, informarea bolnavului despre riscurile actului medical se face fără nici o omisiune și fără nici un menajament pentru bolnav, pentru a se preveni reclamațiile ulterioare din partea acestuia. S-a ajuns astfel la o *criză de încredere în relațiile medic-pacient* și la degenerarea practicii medicale în așa-zisa *medicină defensivă*, adică medicina de apărare a medicului. Cauzele rezidă în multiplele reclamații și acțiuni în justiție împotriva medicilor pentru *malpractice*, din partea bolnavilor nemulțumiți și al căror număr a ajuns în S.U.A. la peste 12 000 pe an. La aceste acțiuni, contribuie și anumiți avocați, specializați în procese împotriva medicilor, prin descoperirea și exploatarea celor mai mici nemulțumiri din partea bolnavilor.

Mulți se întreabă, dacă nu s-a ajuns astfel la anularea relației „clasice" medic-pacient, ceea ce nu este exclus, iar faimosul colocviu medic-pacient să se transforme într-un „dialog al surzilor" (98).

În mod concret, medicii din aceste țări, mai ales cei mai expuși la riscul medical (chirurgii, anesteziștii, ortopediștii, ginecologii), se apără de aceste procese în diferite moduri. Astfel :

— prin prescrierea de analize cu 50—60% mai mult decît uzual, pentru a se acoperi față de reclamațiile bolnavilor, crescînd astfel și mai mult costul actelor medicale ;

— prin informarea bolnavilor despre toate riscurile posibile, mai ales în chirurgie, pînă a obține — cum s-a spus — leșinul bolnavului (!) sau renunțarea acestuia la operația propusă ;

— prin asigurarea medicilor împotriva riscurilor de reclamații din partea bolnavilor, pentru a se proteja în cazul deschiderii unor procese cu aceștia. Cuantumul acestor asigurări a ajuns în S.U.A. la 2 miliarde de dolari, cifră semnificativă pentru a demonstra cît de mult poate să coste pe medici responsabilitatea medicală, atît de deformată prin ruperea relațiilor de încredere între medic și pacient.

98) MADELIN PH. — Malades et médecins. La crise de confiance. Ed. du Seuil, Paris, 1981.

Scanned with CamScanner

„Cît de dificil este să vindeci bolile oamenilor" *(Quando difficile est curare morbes hominum)*, spunea Celsus acum cîteva secole. Dar astăzi, cu povara atîtor riscuri ale practicii medicale moderne ?

Deontologia riscului medical

Există o deontologie a riscului medical (99), care privește mai multe categorii de riscuri.

Riscurile previzibile (deci conștiente) sînt acele riscuri susceptibile de o evaluare anticipată, admise în urma unui calcul, care justifică acceptarea acestuia în interesul bolnavului *(risc calculat)*. Cine are beneficiul trebuie să aibă și riscurile (Saleilles) (99).

Riscurile imprevizibile sînt neașteptate, inoportune și necontrolabile, rezultate dintr-o situație de necesitate (urgență, caz de forță majoră). În aceste cazuri, însuși caracterul imprevizibil nu angajează responsabilitatea medicului.

Este însă de datoria medicului, și de dorit din partea progresului medical, ca toate riscurile medicale să devină din ce în ce mai mici pentru bolnav.

Sînt și riscuri *ilegitime*, nejustificate, care țin de unele lipsuri ale medicului.

Riscuri care țin de medic

Aceste riscuri țin de medic, de calitatea pregătirii, muncii și conduitei sale. Astfel, unii medici își creează riscuri prin incompetență sau inconștiență *(sancta simplicitas !)*, prin neglijență sau prin fraudă. Toate acestea se încadrează în ceea ce a fost denumit *malpractice* în limbajul anglosaxon, adică practică incompetentă, delictuală, supusă la sancțiuni (administrative sau penale) din partea colegiului medicilor.

Astfel de abateri și culpe grave afectează prestigiul și respectul cuvenit profesiunii medicale, cu marile ei responsabilități, generînd critici și aprecieri foarte aspre, încă din cele mai vechi timpuri și pe care unele spirite malițioase au căutat să le generalizeze la întreaga breaslă medicală. Astfel, în antichitate, Plinius cel Bătrîn (secolul I al erei noastre), referindu-se bineînțeles la medicina de atunci, spunea : „medicii își cîștigă cunoștințele din pericolele prin

99) SCRIPCARU GH., CIORNEA T. — Deontologie medicală, Ed. medicală, București, 1979.

Scanned with CamScanner

care trecem noi, făcînd experienţe cu preţul vieţii noastre. Numai un medic poate comite o omucidere, fiind protejat de o impunitate completă". Desigur, o astfel de afirmaţie constituie o enormă inexactitate, ţinînd seama că deontologia hipocratică — după care se conducea practica medicală de atunci — excludea cu totul astfel de aspecte ale practicii medicale şi stabilea reguli de conduită de un înalt umanism, după care s-au inspirat şi codurile de deontologie medicală actuală.

Lăsînd la o parte această rectificare necesară, nu trebuie însă să omitem a analiza, cu profundă seriozitate, abaterile de la etica medicală ale unor colegi, începînd cu cele mai mici nuanţe de abateri de la disciplina medicală, pînă la cele mai grave, pentru prevenirea lor (soluţie ideală) sau sancţionarea cuvenită. Într-un simpozion, privind disciplina medicală, ţinut în 1979 la New-York (100), s-au analizat în mod deosebit 3 categorii de medici, cu abateri privind disciplina medicală :

— *medici cu abateri de la conduita morală, lipsiţi de scrupule,* care comit acte medicale ilegale (fraude), sau neglijenţe profesionale, de la dezinteresul pentru soarta bolnavului pînă la neglijenţe grave ;

— *medici incapabili de o activitate responsabilă,* din cauza unor infirmităţi psihice (boli mintale) sau toxicomanii (alcoolism, etc.) ;

— *medici incompetenţi,* cu mult sub standardul cunoştinţelor actuale, conştienţi sau inconştienţi de lipsa lor de cunoştinţe, de rămînerea lor în urmă faţă de progresele medicinii moderne. Sînt acei medici care nu mai citesc reviste şi cărţi medicale, care evită cursurile de perfecţionare sau şedinţele societăţilor ştiinţifice medicale. Orice medic care nu învaţă permanent devine „un răufăcător potenţial" (99).

Toate aceste atitudini constituie *riscuri grave pentru bolnavi,* pentru practica medicală, care însă nu mai ţin de particularităţile profesiunii medicale, ci ţin de entităţi individuale, de medici cu astfel de abateri, care alcătuiesc o minoritate, în cadrul breslei medicale.

Astfel de situaţii se încadrează în responsabilităţile juridice ale medicului (civile şi penale), clasificate în variate categorii : culpa profesională prin neglijenţă, culpa profesională prin nepre-

100) CARONE P., NAGY B. — Medical disciplina : dealing with physicians who are : unscrupulous, disabled and incompetent, *N. Y. State J. Med.*, 1979, iunie, 1 018.

Scanned with CamScanner

vedere (imprudență), culpa profesională prin nepregătire (incompetență) etc., astfel cum sînt prezentate în cărțile de specialitate (99)(101)(102).

Soluții preventive și remedii

Ce este de făcut pentru diminuarea riscului în practica medicală, atît cel inerent medicinii, cît și cel care decurge din activitățile deficitare ale unei minorități medicale ?

În primul rînd, cele mai importante sînt *soluțiile preventive* pe plan educațional, începînd din facultate și continuînd postuniversitar prin presa medicală, cărți, consfătuiri, acțiuni de control și atenționări pe plan administrativ și pe plan deontologic (prin Colegiul medicilor).

Este necesar să se imprime concepția, după care *perfecționarea profesională continuă a medicului constituie o obligație morală*, iar medicul incompetent este nu numai juridic, dar și moralmente un culpabil.

Este util să se inventarieze și noile probleme etice puse de progresul medicinii moderne (diagnosticul genetic prenatal și operații genetice, reanimarea prelungită etc.) și soluțiile etice care se preconizează.

Trebuie să se folosească tehnici de diagnostic cu cel mai mic risc.

Nu trebuie să se folosească medicamente noi, fără a se cunoaște riscurile lor și fără să se obțină consimțămîntul informat al bolnavului pentru orice tratament deosebit.

Ori de cîte ori situația bolnavilor impune, trebuie să se recurgă la un consult colegial.

Trebuie să fie cunoscută responsabilitatea socială și economică a medicului contemporan.

De asemenea, trebuie să fie cunoscute și respectate regulile etice ale cercetării științifice în medicina clinică.

Pe un alt plan, se situează „depistarea oilor negre" ale medicinii și sancționarea lor, conform eticii medicale socialiste și legislației în vigoare, cu privire la responsabilitatea medicală.

101) OZUN R., POENARU E. — Responsabilitatea profesională și socială a medicului, Ed. medicală, București, 1973.
102) DUȚESCU B. — Etos în medicină, Ed. medicală, București, 1979.

Scanned with CamScanner

Reducerea riscului medical, prin perfecţionarea profesională continuă

Nu am putea încheia această incursiune în problema riscului şi a responsabilităţilor în practica medicală, fără a stărui asupra necesităţii inexorabile a perfecţionării profesionale continui, pe care o considerăm nu numai ca o soluţie importantă în reducerea riscului în practica medicală, dar totodată ca o *obligaţie morală fundamentală a medicului.*

Năzuinţa continuă către perfecţionare trebuie să fie prezentă în fiecare medic, pentru ca aceasta să merite cu adevărat acest titlu. În acest sens, trebuie să fim tot timpul nemulţumiţi de noi înşine, de cît am lucrat în fiecare zi, de cît am citit, de cît de mult am aprofundat bolnavii şi sarcinile noastre, reflectînd asupra activităţii zilnice şi a acurateţei cum am îndeplinit-o.

Numai o experienţă bogată, o viaţă trăită între suferinţele, simptomele bolnavilor din spital şi în miezul problemelor medico-sociale din teritoriu, ne vor permite să cîştigăm acea valoare complexă, care caracterizează medicul cu experienţă clinică şi orizont larg, clinician şi epidemiolog totodată.

La experienţa clinică, trebuie adăugate lecturi zilnice, pentru a menţine competenţa profesională la un nivel înalt şi a reduce la minimum riscul pentru bolnav în practica medicală. Chiar şi succesul utilizării ordinatoarelor în clinică depinde de exactitatea datelor culese de medicul clinician şi care se introduc în computer (102). În situaţia inversă, dimpotrivă : *„garbage in, garbage out“* (gunoi pui, gunoi iese). Contează deci şi aici calitatea profesională a medicului, corectitudinea culegerii datelor şi terminologia corectă folosită.

În diminuarea riscului medical, prezintă importanţă şi calitatea profesională a personalului sanitar mediu. De aceea, agreem cu opinia autorului citat mai înainte (97), după care „o foarte bună soră experimentată este mai bună decît un computer sau decît un sistem automatic computerizat“. Noi înşine, nu rareori în clinică, am recurs la observaţia şi opinia unor surori experimentale, cu privire la diagnosticul şi prognosticul unui bolnav. Iar răspunsul acesteia a fost deseori o lumină utilă, pe cărarea încă întunecată a diagnozei sau prognozei.

Pe de altă parte, trebuie să existe o colaborare strînsă cu bolnavul şi informarea corectă a acestuia, printr-o dozare adecvată a datelor, adaptată stării bolnavului. Trebuie cultivată şi întărită relaţia pacient-medic, care astăzi a devenit mai puţin bună. În trecut, bolnavii credeau mai mult în medicul lor, decît în medicină,

Scanned with CamScanner

pe cînd astăzi credința în medicină crește în timp ce aceea în medic scade (102), iar responsabilitatea medicului în fața bolnavului crește.

Riscul medical nu va putea fi suprimat însă în întregime și de aceea neliniștea noastră interioară, ca medici, rămîne permanentă în fața bolnavului.

29.

„Medicalizarea sănătății": Tendințe sau temeri nejustificate?

În ultimii ani, au apărut cîteva cărți îndreptate împotriva medicinii moderne, intitulate în mod sugestiv : „Medical Nemesis : The Expropriation of Health" (Mitul medicinii : exproprierea sănătății) de Ivan Illich (105) ; „La lumière médicale, les illusions de la prévention" de N. Bensaïd (106) ; „Plaidoyer pour une antimédecine" de Ch. Dayant, precum și altele pe care nu le mai citățm.

Ce vor acești autori ?

Toți colectează aspectele negative și problemele încă nerezolvate ale medicinii moderne, lăsînd la o parte — în mod deliberat — toate imensele realizări pozitive ale acesteia, pentru a construi o imagine deformată, total negativă, a medicinii moderne. Mai mult, ei ajung la concluzia că medicina actuală a devenit o amenințare majoră pentru viața și sănătatea oamenilor, motiv pentru care ei cer — pur și simplu — renunțarea la medicină.

Îndeosebi, a făcut senzație cartea sociologului mexican Ivan Illich (directorul Centrului de documentare internațională din Cuernavaca, Mexic), care a provocat multe discuții și aprigi controverse. Titlul cărții sale „Medical Nemesis", luat din mitologia greacă (Nemesis : zeița răzbunării) ar voi să însemne primejdiile progresului medical, în sensul că orice progres se răzbună, se întoarce împotriva lui însuși, se neagă, devenind opresiv și nociv. În medicină, progresul a venit ca o „zeiță a răzbunării", prin primejdiile tratamentului medical, în care el vede numai efectele adverse ale acestuia, numai iatrogeneză. După Illich, tratamentul

103) VOICULESCU M. — Ordinatoarele în medicină : prezent și perspectivă, *Viața med.*, 1979, 10, 433.
104) * * * — Médicine et société, *Méd. et Hyg. (Genève)*, 1983, 41, 416.
105) Ed. Calder and Boyars, Londra, 1974.
106) Ed. Seuil, Paris, 1981.

Scanned with CamScanner

medical s-a transformat într-o „întreprindere de creare a bolilor", spunînd textual : „durerea, dezechilibrul, invaliditatea și suferințele provocate de intervențiile medicale au ajuns să rivalizeze cu morbiditatea generală rezultată din circulația rutieră, din accidentele de muncă din industrie și chiar de război, transformînd efectele medicinii într-una din epidemiile cele mai răspîndite ale epocii noastre". Și el enumeră cîteva din acestea : medicamente periculoase, operații chirurgicale care nu sînt necesare, tratamente inutile sau eronate *(malpractice)*, accidente provocate de explorări etc. După Illich, numai malnutriția întrece în număr bolile iatrogenezei, îndeosebi prin abuzul și nocivitatea medicamentelor. „Cele peste 13 000 de procese intentate în S.U.A., în 1972, de particulari, marilor patroni și acoliților lor pentru neglijență criminală, incompetență tehnică sau greșeli profesionale, exprimă o profundă nemulțumire". El merge mai departe și acuză medicina modernă că a creat și *iatrogenia socială*, punînd stăpînire și pe societate în problemele medicale (consumul medical, industria medicală), precum și *iatrogenia culturală*, în sensul că oamenii și-au abandonat curajul, autonomia și demnitatea, gîndind și acționînd în problemele de boală și de sănătate numai după sfatul sau porunca medicului. „Medicalizarea sănătății subminează senzația de bine a pacienților și capacitatea lor de a putea să sufere".

Medicina ar fi devenit astfel o „piază rea" pentru societate, făcînd mai mult rău decît bine, iar medicii nu ar face decît să „medicalizeze" sănătatea, să o „exproprieze", să creeze un monopol asupra sănătății.

Ce recomandă atunci Illich ? „Renunțați la medicină și salvați omenirea... Demedicalizați boala, invaliditatea și moartea. Restituiți-le oamenilor responsabilitatea pentru îngrijirea propriei lor sănătăți. Învățați să trăiți cu durerea, să acceptați firesc moartea timpurie"... (107). Tot după Illich, „capacitatea de a face față, în mod conștient, la durere, excludere și moarte, face parte din sănătatea omului".

Erorile lui Illich. Procedeul lui Illich în analiza medicinii moderne nu este însă onest. El scoate în relief numai aspectele negative ale medicinii actuale, așa cum se prezintă în țările capitaliste, și probabil că, pentru aceste țări, multe din reproșurile și criticile sale pot fi parțial valabile. Este greu însă de admis că bolile iatrogene domină patologia actuală și că tratamentul medical s-ar fi transformat într-o „întreprindere de creare a bolilor". Aceste incidente și accidente iatrogene constituie un „risc calculat" al terapiei

107) THOMAS L. — Este oare medicina modernă primejdioasă ? *Dialog S.U.A.*, 1976, p. 87.

Scanned with CamScanner

moderne, care apar după medicamente într-un procent variabil de 5—15%. Pentru acest risc, nu se poate renunța însă la valoroasa zestre medicamentoasă de care dispunem astăzi și cu care se obțin vindecări spectaculoase în imensa majoritate a bolilor infecțioase, în medicina internă și în toate specialitățile.

Nicăieri din cartea lui Illich nu rezultă marile realizări terapeutice și profilactice ale medicinii moderne.

Pe de altă parte, așa cum se exprimă un analist al cărții lui Illich (107), puterea științei și a practicii medicale nu trebuie supraestimată ; medicina se dezvoltă ca știință numai de cîteva decenii și mai are încă multe de descoperit și de rezolvat. Avem nevoie, în medicină, de mai multă știință și nicidecum de limitarea acesteia (107). Pentru aceste motive, nu trebuie să aruncăm oprobiul nostru asupra medicinii actuale, al cărei progres se află în mers continuu.

Nu trebuie uitat, de asemenea, că raza de acțiune a medicinii nu se întinde la infinit, căci nu putem controla mulți din factorii nocivi pentru sănătate, cum sînt : neliniștea oamenilor, neînțelegerile, nemulțumirile, teama, zgomotul, toxicomaniile — pentru care medicina nu poate să fie făcută răspunzătoare.

Departe de a „medicaliza" sau de a „expropria" sănătatea oamenilor, credem că medicii au încă mult de făcut, pentru a pune la dispoziția oamenilor din binefacerile medicinii, atît cît ar trebui și pentru toți oamenii. În ceea ce privește soluțiile propuse de Illich, multe sînt erori regretabile, iar altele cîteva sînt utopii ale unui convins advers al medicinii, sau — în cel mai bun caz — ale unui sociolog romantic (108).

Iluziile profilaxiei

În același limbaj al lui Illich, un cronicar medical parizian, N. Bensaid, în cartea sa („La lumière médicale, les illusions de la prévention") lansează un atac similar la adresa medicinii preventive. El este de părere că „medicina se servește de ideea magică a prevenirii, pentru a-și asigura stăpînirea ei asupra vieții noastre". Ea (medicina) exploatează temerile noastre, anxietățile noastre, asigurîndu-ne că — dacă urmăm legea ei — vom fi salvați. Tot după el, epidemiologia s-ar comporta ca o inchiziție !

108) DISCOMBE G. — Medical Nemesis — Three views. A romantic enthusiast, *Brit. Med. J.*, 1974 (7 dec.), 573.

Scanned with CamScanner

Un astfel de limbaj și o asemenea concepție despre profilaxie, lansată în public, nu poate fi considerată decît tot o încercare de a submina posibilitățile atît de mari ale medicinii preventive, orientare modernă a întregii medicine.

Nu ! Medicina preventivă nu se ocupă — așa cum crede Bensaid — ca să ne dicteze o viață dominată de grija de a supraviețui și nici nu ne amenință libertatea.

Este vorba numai de o carte de senzație, de o carte antimedicină. Este însă uimitor de a constata cum proliferează, în ultima vreme, astfel de cărți agresive față de medicina contemporană.

Ele se încadrează însă într-o mai veche tradiție, după care opiniile despre profesiunea medicală continuă să oscileze între respect admirativ și negarea totală a acestei profesiuni.

30.

De ce întîrzie diagnosticul în cancer

În așteptarea unor soluții mai bune, de viitor, pentru cancer, medicina actuală nu s-a resemnat, ci caută să obțină cu mijloacele terapeutice actuale rezultatele cele mai bune. După cum arăta recent profesorul Trestioreanu (109) directorul Institutului Oncologic din București, se reușește astăzi vindecarea cancerului în 1 din 5 cazuri, iar în anumite localizări chiar în 1 din 3, sau 1 din 2 cazuri, ceea ce este mult mai bine față de trecutul apropiat.

Așa cum era de așteptat, *condiția succesului terapeutic și atingerea celor mai bune rezultate rezidă în diagnosticul cît mai precoce al bolii, în faza cît mai timpurie* (109). Numeroase studii, publicate în literatura medicală recentă, aduc probe nete în acest sens. Astfel, în *cancerul de sîn,* depistarea precoce și tratamentul precoce ameliorează net prognosticul acestor bolnave (110). Din păcate, însă, această precocitate în diagnostic nu se mai ameliorează în ultima vreme, așa cum remarcă autorii unui studiu privind întîrzierea în diagnosticul cancerului de sîn. Analizînd acest criteriu pe 1 591 femei cu cancer de sîn, autorii constată că s-a obținut o scădere a intervalului dintre primul simptom pînă la diag-

109) TRESTIOREANU A. — Prevenirea cancerului și cîteva adevăruri, *România liberă,* 1980, 4 decembrie.

110) ELWOOD J. M., MOOREHEAD W. — Delay in diagnosis and long-term survival in breast cancer. *Brit. Med. J.,* 1980 (31 mai), 1 291.

nostic, între anii 1945 și 1960 (constatare favorabilă), dar nici o ameliorare în scurtarea acestui interval n-a mai survenit între 1960 și 1975 (110). Asistăm deci la o stagnare în depistarea precoce a cancerului de sîn, cu consecințe terapeutice similare. S-a ajuns astfel la plafonare în diagnosticul precoce al cancerului de sîn? Se pare totuși că nu, așa cum vom arăta mai departe.

O situație și mai grea este în *cancerul de pancreas*. Acest cancer este foarte dificil de diagnosticat la început, cînd este asimptomatic, încît *diagnosticul se face tardiv, cînd au apărut și metastaze, în 85—90% din cazuri* (111).

Există soluții mai bune pentru un diagnostic mai precoce? Numeroase încercări se fac și în acest domeniu, rezultatele depinzînd atît de bolnav, cît mai ales de metode mai noi și costisitoare de diagnostic.

Cancerul de colon și rect, cancer în mare ascensiune de incidență, în ultimile 3 decenii, denumit și *boala secolului, boala civilizației* (112), oferă aceleași mari dificultăți de diagnostic. După un studiu recent făcut în Anglia, *intervalul dintre primele simptome ale bolii și începerea tratamentului este de 31—38 de săptămîni* (113). După unele date, acest timp de latență a putut fi micșorat în S.U.A. de la 7 luni (în 1950) la 2 luni (în 1970).

Aceleași probleme dificile se pun și pentru diagnosticul precoce al *cancerului gastric*, în care *endoscopia* completată cu *biopsie* constituie un procedeu obligatoriu pentru diagnostic, în lipsa unor simptome precoce clinice.

O situație mult mai bună este în diagnosticul de *cancer uterin*, în care dispunem de o metodă simplă, accesibilă fiecărei femei: colposcopie și examenul citologic (testul Papanicolaou-Aurel Babeș). Printr-o depistare organizată, așa cum se face în țara noastră, imensa majoritate a cazurilor de cancer uterin pot fi depistate în stadiul 0 (zero), în care vindecarea se obține în proporție de 100%. Există o singură condiție: *femeile în cauză, în special cele între 35 și 65 ani, considerate ca grupe cu risc, să coopereze și să se supună acestei examinări periodice*. Bine organizat, un astfel de control a dat excelente rezultate în județele asistate de Institutul Oncologic din Cluj (I. Chiricuță).

111) HERMANN R., COOPERMAN A. — Cancer of the pancreas, *New Engl. J. Med.*, 1979, *301*, 482.
112) RAISER W. M. — Ist Kolonkrebs eine Zivilisationskarankheit? *Dtsch. med. Wschr.*, 1980, 27, 941.
113) HOLLIDAY H. și colab. — Delay in diagnosis and treatment of simptomatic Colo-Rectal Cancer, *Lancet*, 1979, *I*, 311.

Scanned with CamScanner

De ce întîrzie atunci diagnosticul în cancer ?

Din cele cîteva exemple date mai sus, se pot desprinde — ori bănui — 3 categorii de factori sau condiţii, care întîrzie diagnosticul precoce de cancer :

1) *factori care ţin de pacient,* de cultura sa sanitară, de trăsăturile sale caracteriale ;

2) *factori care ţin de medic,* de competenţa şi devotamentul său faţă de bolnav ;

3) *factori* (obiectivi), *care ţin de dificultăţile reale de diagnostic* ale fiecărei forme şi localizare de cancer.

Se apreciază (109) că fiecare din aceste 3 categorii de factori participă cu 1/3 la determinarea întîrzierii diagnosticului în cancer.

Factori care ţin de pacient

Importanţa acestor factori se înţelege de la sine. În adevăr, *primum movens* în stabilirea diagnosticului este ca *pacientul să apeleze la medic sau să răspundă la chemarea acestuia,* în cadrul programului de depistare precoce, prin controlul periodic al populaţiei expuse la un astfel de risc, aşa cum este organizat în ţara noastră.

Ce se întîmplă însă în realitate ?

— Întîrzierea în solicitarea ajutorului medical de către pacient este frecventă, dar — ceea ce este mai ciudat — este faptul că *această întîrziere este un act de conştiinţă şi deliberat* (114)(115). Motivele sînt mai multe : teama de diagnosticul de cancer şi prejudecata, ideea aberantă, în incurabilitatea cancerului (109).

Această întîrziere şi ezitare din partea pacienţilor de a cere ajutorul medicilor, *chiar cînd au simptome evidente de boală,* constituie un fenomen socio-cultural serios şi grav, care ţine de o lipsă de cultură, de educaţie sanitară a populaţiei şi care limitează puterea medicului de a acţiona precoce şi prompt în diagnosticul şi tratamentul cancerului.

Educaţia publicului cu privire la cancer este încă insuficientă, mai ales în sensul de a convinge populaţia de curabilitatea multor forme de cancer, în funcţie de prezentarea timpurie la medic şi de diagnosticul precoce stabilit.

114) HACKETT TH. şi colab. — Patient Delay in cancer, *New Supl. J. Med.*, 1973, *289*, 14.

115) MOORE FR. — Hesitation and Delay as a Social Phenomenon, *New Engl. J. Med.*, 1973, *289*, 40.

Scanned with CamScanner

Trebuie luptat împotriva prejudecăților, care mai persistă, ca și împotriva terapeuticelor paralele, paramedicale și neștiințifice, propagate de diferiți „tămăduitori" *(guérisseurs)*, aparent devotați și puri față de suferința bolnavului, dar în realitate acaparatori de bani și de falsă glorie. Prin astfel de false tratamente, se contribuie la întîrzierea diagnosticului precoce în cancer (116).

Așa cum conchide A. Trestioreanu :

„Este necesar să intervină cu mai multă insistență educația sanitară, care ar trebui mult diversificată, amplificată, argumentată științific și transmisă pe toate căile cunoscute ale propagandei moderne. Trebuie acționat în așa fel ca să dispară frica nejustificată, dezvăluind populației, în mod real, fața optimistă a problemei și importanța neprețuită a colaborării dintre medic și bolnav (109).

Factori care țin de medic

Fiecare medic, indiferent de specialitate, trebuie să știe *să depisteze precoce orice formă de cancer*, sau — cel puțin — *să se gîndească la acest diagnostic* și să apeleze la specialiști competenți sau la metode moderne de diagnostic.

Fiecare medic trebuie să fie la curent cu recomandările de specialitate, făcute în probleme de combatere a cancerului, pentru diagnosticul precoce și orientarea la timp a bolnavului.

Orice examen medical trebuie să fie *complet* și să se cerceteze cu insistență, în funcție de sex, vîrstă și alte condiții, toate organele și în special cele în care se pot dezvolta tumori.

Pentru succesul examinării, este recomandabil ca medicul să aibă în vedere profilul psihologic al bolnavului de cancer (117), să i se spună adevărul în forma cea mai suportabilă, în așa fel ca să evite orice tulburări emoționale și să insufle încredere în tratamentul ce i se va face.

Factori care țin de dificultățile obiective de diagnostic

Pentru diagnosticul precoce al cancerului, dispunem de procedeul denumit *screening* și de o *metodologie de diagnostic*

116) HAUSER P. S. — Krebspatient und Paramedizin, Teză, Facultatea de medicină, Zürich, 1981.

117) STEHLIN S. J. — Aspectul psihologic al tratamentului bolnavilor de cancer, *Méd. et Hyg. (Genève)*, 1970, 929, 1 284.

Scanned with CamScanner

în continuă ameliorare, dar care este încă imperfectă și dependentă de ceilalți factori.

Prin *screening*, se înțelege depistarea activă a celor cu mare probabilitate de a avea sau a dezvolta cancer (grupe cu risc), conform unui plan sistematic de depistare, elaborat de forul metodologic al cancerului. Ideal, procedurile de *screening* trebuie să fie cît mai puțin costisitoare, ușor de aplicat în masă, neinvazive, extrem de sensibile și pe cît se poate specifice, cu mult accent pe sensibilitate (10), iar *metodologia de diagnostic* trebuie să fie precisă.

În programul de perfecționare a diagnosticului precoce, Institutul de Cancer din S.U.A. a precizat detectarea a 75% din toate cancerele, în perioada de timp cînd 90% din acestea nu au determinat metastaze (118).

În afară de examenele uzuale clasice (clinice și radiologice, a căror valoare de diagnostic rămîne prețioasă), se recurge astăzi la *teste serologice*, cu folosirea de *markeri tumorali*. Aceste substanțe se împart în 3 categorii principale : imunologice, hormonale și isoenzimatice (118).

Dintre antigenele folosite, cele mai bine studiate sînt : *C.E.A.* (antigen care nu este specific pentru tumori, util însă pentru diagnosticul cancerului colo-rectal) ; *alfa feto-proteina*, decelabilă peste 40 ng/ml la pacienții cu hepatom și carcinom testicular, și *hormonul circulant gonadotropina chorionică*, prezent în corpurile de coriocarcinom de sarcină și la unii pacienți cu carcinom testicular (118).

La acestea, se adaugă :

— *examene citologice* (decelarea de celule tumorale circulante) și *testele de citologie exfoliativă* (de tipul frotiului Papanicolaou-Babeș) ;

— vizualizarea tumorii prin imaginile furnizate de *tomografia computerizată (scanner)* sau prin *ultrasunete, angiografie, radiografie cu isotopi ;*

— *endoscopia fibrooptică ;*

— *mamografia* (pentru diagnosticul cancerului mamar) ;

— *testul cu guaiac în scaun*, pentru decelarea hemoragiilor oculte, pentru diagnosticul cancerului de colon și rect ;

— *rectosigmoidoscopia* (în același scop) ; pentru a cita numai o parte din metodologia actuală de diagnostic.

Toate aceste metode au ameliorat considerabil diagnosticul precoce și precis al tumorilor, fără însă să ne facă să uităm va-

118) BERLIN N. — An overview of research in cancer diagnosis, *Mayo Clin. Proc.*, 1975, *50*, 249.

Scanned with CamScanner

loarea unor proceduri clinice clasice, cum este *tactul rectal,* în diagnosticul cancerului de prostată, sau examenul rectosigmoidoscopic.

Folosirea acestor metode în timp util, pentru un diagnostic precoce al cancerului este însă dependentă de ceilalți factori : prezentarea timpurie a bolnavului la medic și competența acestuia, pentru a recurge în timp util la metodele respective de diagnostic.

La aceste dificultăți, se mai adaugă și limitele create de costul ridicat al unor proceduri moderne de diagnostic, pentru a fi utilizate în sistemul *screening.*

În acest mod, se conturează drumul sinuos și dificil al diagnosticului precoce în cancer, în care continuă să persiste prea multe întîrzieri în depistarea precoce a bolii în stadiul 0 (zero), optim pentru succesul terapeutic.

31.

Poziția actuală și perspectivele medicului de medicină generală

În ultimii ani, mai multe consfătuiri și articole apărute în presa medicală au pus, din nou, în atenția lumii medicale, rolul important al medicului de medicină generală, ajungîndu-se la concluzii ferme pentru fundamentarea poziției importante, pe care acest medic o deține în asistența medicală din toate țările. Pe plan internațional, sînt de menționat :

— Conferința cu tema „Rolul medicului de prim contact în serviciile de sănătate" (30 iunie—4 iulie 1970, Noordwjck-an-Zee, Olanda), organizată de biroul O.M.S. pentru Europa.

— Conferința de la Alma-Ata, consacrată asistenței medicale primare (6—12 sept, 1978, U.R.S.S.), ținută sub auspiciile O.M.S. și în prezența directorului general H. Mahler. Conferința s-a încheiat cu 22 recomandări și adoptarea unei declarații, privind organizarea și întărirea îngrijirilor de sănătate primară *(primary care, soins de santé primaires),* considerate esențiale pentru asigurarea sănătății întregii populații și pentru satisfacerea cărora figura centrală o constituie medicul generalist, împreună cu personalul său sanitar auxiliar și participarea întregii colectivități (119).

119) * * * — La conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaires, *Chronique O.M.S.,* 1978, 11, 437.

Scanned with CamScanner

În țara noastră, medicul de medicină generală s-a bucurat de o deosebită atenție. Astfel, încă din 1960, a fost înființată Societatea de medicină generală (în cadrul U.S.S.M.), una dintre primele din lume, cu activitate bine cunoscută, iar în presa medicală s-au publicat numeroase articole, consacrate medicului de medicină generală (120)(121)(122)(123)(124).

De la început, trebuie enunțate o serie de precizări, asupra cărora există un consens general :

— *Poziția medicului de medicină generală* (cu diferitele denumiri care i se acordă), în cadrul asistenței medicale, este peste tot recunoscută ca *importantă și de neînlocuit.*

— *Medicina generală* are un conținut de activitate propriu și o metodologie proprie, ceea ce în conferă medicului generalist dreptul de a fi *specialist în specialitatea de medicină generală.*

— *Medicina generală,* prin conținutul său bogat și variat — *adevărată sinteză a medicinii* — constituie o specialitate dificilă, care necesită multă experiență, înțelegere și devotament, în contrast cu specialitățile înguste (pe organ sau țesut), mult mai comode de abordat și deci mai atractive pentru tinerii medici.

O poziție importantă, indiferent de denumiri

Experiența ultimilor ani a subliniat și mai mult necesitatea medicului de medicină generală și faptul că el este de neînlocuit, ori cum ar fi denumit : *medic generalist, medic de familie, medic de circumscripție, omnipractician, medic de prim contact, medic de colectivitate.* În unele țări, se spune că el reprezintă, prin pregătirea și activitatea sa, *un medic internist, cu profil larg,* așa cum este situația în Anglia, unde nu există specialitate de medicină internă (125). O tendință similară se semnalează recent și în S.U.A., unde asistența medicală primară, atît de deficitară, este numai parțial asigurată de „medicul de familie" *(family*

120) VOICULESCU M. — Perspective în activitatea științifică a medicului de medicină generală, *Viața med.,* 1960, 4, 289.
121) VOICULESCU M. — Medicul de medicină generală. Rolul său în ocrotirea sănătății publice, *Viața med.,* 1965, 19, 943.
122) VOICULESCU M. — Rolul actual și perspectivele medicului generalist, *Viața med.,* 1970, 17, 770.
123) BUȘOIU GR. — Reconsiderarea medicului de medicină generală, *Viața med.,* 1975, 9.
124) BICLEAN O., BUȘOIU GR., ȘERBĂNESCU E. — Pregătirea și perfecționarea medicului de medicină generală, *Viața med.,* 1978, 2, 91.
125) * * * — European Assoc. of internal medicine, Ist Conference, *Brit. Med. J.,* 1971, 2, 691.

Scanned with CamScanner

medicine, family practice) (126), care activează astfel ca un „generalist" de necesitate. Recent, medicii internişti, tot mai mult strîmtoraţi şi asaltaţi de multiplele specialităţi, s-au oferit să asigure ei această asistenţă medicală primară (127). Se afirmă că „internistul" (de medicină internă generală) este bine pregătit, pentru a oferi pacienţilor accesul la o asistenţă medicală corespunzătoare şi continuă, de cea mai înaltă calitate" (128). Şi cred deci că pot fi buni generalişti !

Se pare, astfel, că începe o adevărată întrecere pentru asigurarea funcţiilor care constituie profilul medicinii generale, precum şi de recunoaştere a caracterului indispensabil al acestor funcţii, pe care medicul respectiv trebuie să le îndeplinească, indiferent cum el este denumit.

În această privinţă, şi mai ales a adjectivelor cu care este apreciată activitatea medicului de medicină generală, nu se face nici o economie de cuvinte laudative. Iată cîteva din literatura medicală recentă :

Medicul de medicină generală este :

— „Medicul de prim contact"
— „Punctul focal al oricărui sistem de asistenţă medicală"
— „Figura centrală a asistenţei medicale"
— „Placa turnantă a medicinii de sinteză" (129)
— „Arhitectul sănătăţii"
— „Consilierul de sănătate al fiecărei persoane"
— „Alfa şi omega ale medicinii" (130)
— „Medicul de familie"
— „Medicul cadrului vieţii", şi aşa mai departe.

Conţinut de activitate propriu şi metodologie proprie

Un astfel de medic este format deci în concepţia unei preocupări globale pentru starea de sănătate şi cea de boală şi pentru a acorda îngrijiri cu un spectru cît mai larg. El este

126) WALSH J. — New speciality : family practice, *J. Amer. med. Ass.*, 1970, 212, 1 191.
127) BOGDANOFF M. — The internist and primary care, *Arch. intern. Med.*, 1974, 134, 780.
128) INGELFINGER F. J. — League for beleanguered internist, *New Engl. J. Med.*, 1975, 292, 589.
129) * * * — La place de l'omnipracticien dans le système des soins, *Med. Practic.*, 1973, nov. 1., p. 129.
130) * * * — Un plaidoyer éloquent pour le médecine de famille, *Med. Practic.*, 1973 (iunie, 2), p. 121.

Scanned with CamScanner

astfel destinat pentru acea îngrijire totală *(total care)* a omului și colectivității pe un anumit teritoriu, putînd fi pregătit numai pentru adulți (medic generalist de adulți) sau numai pentru copii (pediatru generalist) sau numai pentru cealaltă extremă a vieții (geriatru = medic generalist al bătrînilor).

Prin profilul activității sale, *medicul generalist nu este o sumă a specialităților medicale.* El este un *medic de sinteză,* care asigură o îngrijire integrativă a bolnavului.

Conținutul atît de bogat și variat al activității de medicină generală rezultă din următoarea enumerare succintă :

— Este medicul de *primă adresare* a bolnavului („de prim contact").

— *Asigură îngrijirile medicale curente* ale oamenilor într-o proporție de 60—80%, după cum demonstrează statisticile.

— Se ocupă de *depistarea și tratarea precoce* a bolilor. Nimeni nu este mai bine plasat, în acest scop, decît acest medic !

— *Selectează,* în mod rațional, bolnavii care necesită *consult și tratament de specialitate,* continuînd apoi tratamentele indicate de aceștia. În acest rol, în nici un caz el nu poate accepta vreodată poziția sau eticheta de „dispecer" (care i-a fost atribuită de unii).

— Aplică măsurile de *ocrotire a mamei, copiilor* și *tineretului.*

— Acționează ca un *„consilier de sănătate"* al persoanei și familiei.

— Participă la *educația sanitară* a populației.

— Supraveghează *condițiile de mediu și de viață* și controlul aplicării și respectării normelor de *igienă,* precum și de *prevenire și combatere a bolilor transmisibile* (imunizări, luptă în focar etc.).

— Efectuează lucrări de *statistică* și *epidemiologie,* precum și cercetări științifice cu caracter clinic, epidemiologic și operaționale.

— Asigură sau participă la *evidența primară a bolilor,* sarcină foarte importantă, pentru corectitudinea statisticilor și orientarea planurilor sanitare.

— Asigură *continuitatea îngrijirilor* acordate fiecărui bolnav și familiei sale, pe teritoriul de care răspunde (în contrast cu specialiștii care participă discontinuu și disparat).

— Asigură *legătura* dintre activitatea din teren și cea de specialitate din policlinici și spitale.

— Își asumă o serie de *responsabilități sociale* pe teritoriul său de activitate.

— Deține și asigură *sarcini profilactice* importante, fiind implicat în toate fazele profilaxiei : *primară, secundară* și *terțiară* (sarcini de supraveghere și depistare activă).

Scanned with CamScanner

— Posedă o gîndire și o *metodă epidemiologică* și cunoaște bine statistica sanitară.

— Este pregătit în *psihologia medicală,* cunoaște și se ocupă de problemele psihice ale pacienților săi și ale familiei.

S-a spus, în mod just, că medicina generală este medicina persoanei, a omului întreg, sănătos sau bolnav, și nu medicina bolii.

Pregătirea și perfecționarea

Față de o agendă atît de bogată de sarcini importante, activitatea medicului de medicină generală apare copleșitoare, dificilă. Pregătirea sa din facultate, în cei 6 ani, asigură însă numai o *pregătire de bază,* orientată pentru un astfel de *profil.* Absolventul nu este deci un generalist format. El își completează ulterior formarea sa, prin multă practică și o perfecționare postuniversitară organizată.

De altfel, numai o parte dintre absolvenții Facultății de Medicină Generală rămîn mai departe și se dedică medicinii generale, în timp ce restul o părăsesc, intrînd în cadrul diferitelor specialități. Din această cauză, trebuie făcută o diferențiere netă între acești medici generaliști „temporari, de pasaj", și medicii care rămîn definitiv în medicina generală. Numai acestora din urmă medici trebuie să li se acorde titlul de cinste de medic de medicină generală (specialist și apoi primar), după o pregătire postuniversitară corespunzătoare. Pentru faptul că medicina generală are un conținut de sarcini propriu și metodologie proprie, pentru creșterea calității acestor medici și a prestigiului lor este indicat să se recunoască specialitatea de medicină generală și titlul de medic de medicină generală. Există numai o aparentă contradicție între noțiunea de „medicină generală" și cea de specialitate. Medicina generală, ca formă de activitate medicală, are un conținut distinct și o metodologie de lucru, care o deosebește de celelalte specialități, înguste.

Medicina generală, ca specialitate, constituie o necesitate obiectivă (131), atît în țara noastră, cît și în alte țări. În acest sens, apar în presa medicală din toată lumea numeroase luări de poziție. Astfel : „medicina generală un domeniu propriu" (132) ; „medicina generală o specialitate în dreptul său" (131) ; „îngrijirile primare *(primary care)* posedă particularitățile lor, care impun formarea

131) BUȘOIU GR. — Medicina generală ca specialitate, o necesitate obiectivă în România, *Viața med.,* 1982, 8, 381.

132) HAEHN K. — Allgemeinmedizin — ein eigenes Gebiet, *Münch. med. Wschr.,* 1979, 35, 1 113.

Scanned with CamScanner

de medici generaliști în proporție de circa 60% din numărul total al medicilor" (133)(134). În Anglia, există o tradiție ca îngrijirile medicale de bază să fie asigurate de *General Practitioner* (G.P.). În S.U.A. s-a recunoscut din 1969, *medicina de familie* ca a 20-a specialitate (135), ca o încercare de a compensa excesul de specialități medicale, care fac ca asistența medicală de acolo să fie foarte scumpă și impersonală, în detrimentul medicinii de bază. Se știe că unul din avantajele de bază ale medicinii generale este de a acționa ca „un tampon", între cererile medicale ale populației și asistența de strictă specialitate (mult mai scumpă) (124).

Formarea medicilor de medicină generală trebuie începută din studenție, dar spitalele universitare nu oferă climatul adecvat activității viitoare a acestor medici și nici metodologia necesară. Există o pedagogie a formării acestor medici, la a căror pregătire ar trebui să participe și *adevărații specialiști* în medicină generală (eventual crearea unei discipline de medicină generală). Pe de altă parte, ei ar trebui să lucreze într-un cadru cît mai aproape de teritoriul în care vor practica, cuprinzînd stagii de *practică extraspitalicească*. Să nu uităm că educația numai în spital nu corespunde, nici în conținut și nici ca metodologie, față de activitatea generalistului în teritoriul său, deoarece în spital nu se văd stările premorbide și etapele inițiale ale bolilor, oferindu-se mai mult o cazuistică filtrată, o patologie selectată și nu problematica variată din teritoriu.

Pe de altă parte, cît timp mai există o diferență între oraș și sat, trebuie conceput un *medic generalist de tip urban* al cărui profil se apropie de acela al internistului și un *medic generalist cu un profil rural*, în a cărui competență se mențin și sarcini primare de obstetrică, mică chirurgie etc. Pe viitor, pe măsura ștergerii diferențelor între oraș și sat, se va ajunge la un singur tip, de medic generalist. Tot un medic generalist, cu profil special, este și *medicul de întreprindere* (care poate fi și internist profilat astfel), cu profil diferențiat, în care intră un conținut special de medicina muncii.

Relații cu pediatria și geriatria

Activitatea medicului internist se leagă pe plan de vîrstă de aceea a pediatrului generalist și, probabil, în viitor și de

133) NOACK H. — Entwicklung und Perspektive der Allgemeinmedizin, *Münch. med. Wschr.*, 1981, 12, 45.
134) BRENNER G. — Berufsbild des Allgemeinarztes, *Ibid.*, p. 465.
135) BLANCHARD L. — The twentieth speciality, *J. Amer. med. Ass.*, 1970, 212, 1 207.

Scanned with CamScanner

cea a geriatrului. Există însă unele dificultăţi inerente între trecerea asistenţei medicale de la o vîrstă la alta, în luarea în primire a celor care cresc, sau celor care înaintează în vîrstă.

Astfel, predarea de către pediatru a celor care trec de 15 ani, cu toate problemele lor de sănătate şi boală, trebuie făcută în mod organizat şi detaliat către medicul generalist. Un exemplu concret îl constituie continuarea profilaxiei secundare a reumatismului articular acut la cei cu aceste probleme, care este începută de pediatru şi trebuie supravegheată în continuare de către generalist. Se ridică apoi problema patologiei în adolescenţă şi, în general, toată medicina la această vîrstă este dificilă (s-a vorbit chiar de specialitatea „efebriatrie").

Probleme se ridică şi în raportul generalistului cu geriatria. Faţă de proporţia în creştere a celor peste vîrsta de 65 de ani (peste 15% din populaţie), cine trebuie să asigure asistenţa medicală la această vîrstă ? Raţional, pare că tot medicul generalist, pregătit din facultate (sau poate postuniversitar) cu un curs de geriatrie. În această situaţie, geriatrul ar rămîne un specialist, în sensul îngust al cuvîntului, pentru a fi consultat în probleme speciale.

Concluzii şi deziderate pentru viitor

Următoarele concluzii şi deziderate se preconizează pentru viitorul medicinii generale :

— recunoaşterea specialităţii şi a titlului de specialist în medicină generală ;

— includerea în facultate a mai multor stagii de tip extraspitalicesc (policlinică, dispensar), iar printre cadrele didactice să fie folosiţi medicii generalişti de specialitate ;

— perfecţionarea continuă a medicilor de medicină generală prin forme de tip postuniversitar, precum şi continuă, prin documentare la zi (reviste, cărţi adecvate) ;

— asigurarea unei munci în echipă, adică un medic generalist ajutat de o echipă medico-socială de cadre medii ;

— asigurarea unei legături cu spitalul, medicul generalist fiind coresponsabil al bolnavilor spitalizaţi ;

— dezvoltarea activităţii ştiinţifice a acestor medici, în Societatea de Medicină Generală sau (eventual) în cadrul unui institut de cercetări de medicină generală, aşa cum există în unele ţări ;

Scanned with CamScanner

— popularizarea medicului de medicină generală și creșterea prestigiului său, precum și a competenței sale profesionale, în cadrul populației, căreia el îi asigură o asistență medicală integrală, de calitate și totodată mai accesibilă și mai puțin costisitoare.

32.

Medicina ca o forță pentru pace

Sănătatea și fericirea oamenilor nu pot fi construite decît în condițiile create de pace. Într-un sens asemănător, trebuie înțeles — dar pentru arte — și acel vechi proverb latin : *inter arma silent musae* (în timp de război, muzele rămîn tăcute) ; tot astfel, și sănătatea ar înceta să mai existe ori să fie protejată, în caz de război. Dar, dacă o astfel de gîndire era valabilă pentru trecut, cu războaiele zise de tip „convențional" — atît de păgubitoare și acelea pentru civilizație — ce va fi în viitor, pentru omenire, dacă s-ar declanșa un război nuclear ?

Răspunsul a fost dat, în mod clar, de oamenii de știință și de medici (nefiind ignorat nici de strategii unui astfel de război) : un cataclism, un adevărat *holocaust* (din greacă : *holos* = tot ; *kaiein* = ardere), deci o combustie totală, un *autodafé* al întregii omeniri, sacrificată pe altarul construit de inconștiența ideologilor războiului nuclear.

Stă, totuși, în puterea oamenilor de știință, a medicilor și a medicinii de a lămuri mai bine omenirea despre riscurile incalculabile ale unui război nuclear, pentru viitorul planetei noastre, al biosferei, și de a acționa pentru a preveni o astfel de tragedie. De asemenea, tot medicii pot spune cît de mult s-ar putea realiza pentru sănătatea omenirii, dacă statele ar ceda numai puțin, cîteva procente din bugetul militar, pentru apărarea și promovarea sănătății oamenilor.

Realitățile biologice ale războiului nuclear

Medicii își dau cel mai bine seama despre consecințele asupra oamenilor ale armelor nucleare și ale războiului atomic. Efectele letale imediate sînt cunoscute, deși poate numai parțial evaluate.

Scanned with CamScanner

Într-un raport al consiliului ştiinţific, publicat recent şi comentat de presa mondială şi de presa noastră (136), *Asociaţia medicală britanică (B.M.A.) estimează că 60% din populaţia Marii Britanii ar fi ucisă într-un atac cu o singură bombă nucleară de 200 de megatone* (33,5 milioane din cei 56 milioane locuitori). „Acest raport reprezintă o constatare imparţială a faptelor, în măsura în care le putem calcula" a spus J. Dawson, secretarul adjunct al B.M.A. (asociaţie profesională care cuprinde 52 000 de membri, circa 2/3 din numărul total al medicilor din Anglia), ca răspuns la criticile aduse de aceia care sînt înclinaţi să subestimeze proporţia distrugerilor într-un război nuclear. În final, raportul subliniază — ceea ce era de aşteptat — că în caz de conflict nuclear devastarea ar fi atît de mare, încît orice planuri de apărare preventivă ar fi fără folos, iar *serviciile medicale ar fi practic anihilate.* Singura măsură eficace, preconizează raportul, rămîne prevenirea unei astfel de tragedii, a războiului nuclear.

Relatări asemănătoare vin şi din partea unor autorităţi medicale din S.U.A. Astfel, într-un articol intitulat „Realităţile medicale ale apărării civile", L. Greentree (137) arată că un atac nuclear asupra S.U.A. poate provoca 20 de milioane de morţi şi 40 de milioane de răniţi din prima zi. O bombă de 65 de megatone aruncată peste oraşul Boston ar provoca 1 milion de morţi în prima zi şi 1 milion şi un sfert de răniţi, dintre care vor mai muri 1 milion în săptămînile următoare. Dintre răniţi, 56% vor necesita tratament de arsuri (pansamente, morfină), pentru care ar trebui un număr imens de depozite medicale şi de spitale de urgenţă împachetate (137).

Într-o rezoluţie, la încheierea congresului anual ţinut în Las Vegas (1981), cu privire la consecinţele unui război nuclear, Asociaţia medicală americană *(A.M.A.)* conchide clar cu următoarele cuvinte : *Nu există nici un răspuns medical posibil în caz de holocaust nuclear !* Pentru a înţelege ceea ce a voit să însemne această concluzie, motivarea finală făcută de documentul redactat este peremptorie :

„În zonele bombardate nuclear, milioane de persoane, inclusiv personalul medical, vor fi imediat ucise, iar multe alte milioane vor suferi arsuri grave şi vor fi supuse la radiaţii toxice, fără să poată primi tratament medical adecvat. Instituţiile spitaliceşti vor fi, de asemenea, distruse".

136) *Scînteia*, 5 martie 1983.
137) GREENTREE L. — The medical realities of civil defense, *New Engl. J. Med.*, 1971, *284*, 1 011.

Scanned with CamScanner

Nu există nici o îndoială că, în fața unui astfel de tablou dramatic, rețeaua medicală, dezorganizată sau distrusă, va fi incapabilă să mai facă față sarcinilor sale, pentru a asista pe supraviețuitori (dacă vor mai exista, desigur).

Probleme medicale ale supraviețuitorilor războiului nuclear

Situația eventualilor supraviețuitori, după un atac nuclear, va fi atît de grea, încît — așa cum se exprima V. Siedel — de la „Colegiul pentru medicină A. Einstein", în cadrul unui seminar ținut în 1981 la Los Angeles, cu tema „Consecințele medicale ale armelor nucleare și ale războiului atomic" (138) :

„După un astfel de conflict, s-ar putea ca supraviețuitorii să-i invidieze pe cei morți. Cine va mai putea ajuta pe cei răniți, pe cei cu arsuri, cînd întreaga rețea sanitară a unui centru populat va fi distrusă, iar medicii își vor pierde și ei viața ? Într-o astfel de situație, cuceririle de pînă acum ale medicinii vor fi zadarnice".

Un tablou impresionant, prin documentarea amănunțită asupra problemelor medicale ale supraviețuitorilor unui război nuclear, a fost zugrăvit în cadrul unui articol, apărut în 1981, în cunoscuta revistă medicală *New England Journal of Medicine din S.U.A.* (139). Autorii apreciază, mai întîi, că 40% din persoanele din zona atacată vor muri imediat, ca efect al detonării bombelor nucleare, iar altele 27% vor suferi răni grave. Celelalte persoane rămîn expuse căderilor radioactive, lipsei de hrană, de apă și de ajutor medical.

După cum arată autorii articolului, problemele medicale nu se încheie însă aici, pentru grupurile de supraviețuitori care vor mai rămîne, ci vor continua pe alte planuri. Atenția tuturor s-a concentrat asupra efectelor produse de arsuri, de suflu și de iradiere, din perioada imediat după atac, precum și asupra efectelor de iradiere la distanță, în timp (cancer, leucemii, defecte genetice). Nu s-a ținut însă seama și de *infecțiile și bolile transmisibile, care vor reprezenta pericolul cel mai mare pentru persoanele care vor mai trăi după atacul nuclear,* prin răspîndirea celor mai redutabile boli transmisibile și evoluția lor extrem de gravă, pe organisme cu rezistență scăzută, în urma iradierii. Scăderea rezistenței antiinfecțioase, ca rezultat al iradierii suferite, împreună cu dezorganizarea serviciilor de igienă și de sanitație, imposibilitatea acțiunilor de curățire a cadavrelor de oameni și de animale a

138) Citat în *Scînteia*, 23 decembrie 1981.
139) *New Engl. J. Med.*, 1981, 305, 1 226.

Scanned with CamScanner

zonelor afectate, reprezintă o viziune tragică, de o gravitate nemaipomenită. Epidemiile de febră tifoidă, dizenterie, salmoneloze, pestă, pneumonii etc. se vor extinde cu o rapiditate extraordinară pe un teren prielnic, provocînd o mare mortalitate.

Tabloul complet al holocaustului nuclear se completează astfel cu epidemii catastrofice, care vor domina perioada de după atacul nuclear, dezorganizînd și amenințînd viața puținilor supraviețuitori care vor mai rămîne (139).

Efecte neuropsihice ale războiului

O altă consecință, insuficient luată în seamă, este aceea a efectelor neuropsihice ale războiului. Ne vom referi la o sinteză a datelor mai importante, datorită prof. dr. Vlad Voiculescu, publicată recent (140). Dintre tulburările produse pe cîmpul de luptă, din cauza suprasolicitării senzoriale, agresiunii sonore, spectacolului de violență, cel mai frecvent apare *șocul emoțional*, manifestat prin forme anxioase, confuzionale, isteroide, precum și psihosomatice (o incidență crescută de : ulcere gastrice, hipertensiune arterială, boala Basedow, leziuni coronariene). Astfel de suferințe au fost considerate adesea, în mod greșit, ca simulări și netratate corespunzător, evoluînd spre agravare.

Alteori, tulburări neuropsihice pot fi provocate, în cazul recurgerii la arma chimică, prin folosirea unor substanțe psihochimice de tip LSD 25, BZ și altele, cu efecte halucinatorii sau depresive, neuroleptice, timoleptice și probabil și cu alte efecte psihotrope. Implicațiile neuropsihice ale stării de război se amplifică și mai mult prin tendința la alcoolism și toxicomanii diverse, în cadrul trupelor, sau prin tulburările psihice survenite la prizonieri și deportați *(psihopatologia captivității)*, precum și prin psihonevrozele reziduale la foștii combatanți (psihotraume de război, inadaptare la muncă, „oboseala de război"), fără a mai vorbi de panica și de psihozele survenite în populație. Neurologii din țara noastră își amintesc de paraplegiile spastice, din cadrul bolii denumită *latirism*, survenită la foștii internați în lagărul de la Vapniarka, unde erau hrăniți numai cu mazăre furajeră (Lathyrus).

Medicii nu pot ignora aceste influențe nefaste ale războiului asupra psihicului uman, forma cea mai înaltă de manifestare a ființei umane.

140) VOICULESCU V. — Implicații neuropsihice ale războiului, *Muncitorul sanitar*, 1982, nr. 49 (4 dec.).

Scanned with CamScanner

Rolul medicilor în prevenirea războiului nuclear

Menirea medicilor este de a apăra viaţa şi sănătatea oamenilor. În virtutea acestei învestituri seculare, medicii pot face mult pentru pace, pentru prevenirea unui război. Ei pot acţiona în mai multe moduri :

— În primul rînd, medicii pot lămuri cel mai bine populaţia asupra dimensiunilor reale ale tragediei biologice prin războiul nuclear, pentru crearea unei opinii publice ferme împotriva războiului. În acest scop, numeroase asociaţii medicale din numeroase ţări au luat poziţie, organizînd manifestări ştiinţifice consacrate acestei probleme, urmate de elaborarea de rezoluţii de condamnare a războiului, publicate în presă sau înaintate conducerii statelor. Astfel, au avut loc în 1981 în S.U.A., la Washington, Congresul internaţional al medicilor pentru prevenirea războiului nuclear, precum şi alte simpozioane şi seminarii (Chicago, Los Angeles). În Europa, manifestări similare au avut loc la Hamburg, în 19—20 sept. 1981 şi la Cambridge în 1982 (la care au participat delegaţi şi din ţara noastră), prin care s-a cerut, în documentul final, anularea hotărîrilor de plasare de noi arme nucleare în Europa. Asociaţii profesionale ale medicilor din S.U.A. (A.M.A.), din Marea Britanie (B.M.A.), precum şi din alte ţări, au luat, de asemenea, atitudine pentru apărarea păcii.

În ţara noastră a fost înfiinţat Comitetul naţional român, intitulat *„Oamenii de ştiinţă şi pacea“*, avînd ca scop promovarea colaborării dintre oamenii de ştiinţă din întreaga lume, pentru dezarmare şi pace şi pentru ca toate marile cuceriri ale ştiinţei să fie puse în slujba omului, a binelui său, iar nu a distrugerii sale. În presă, au apărut numeroase articole şi apeluri în favoarea păcii şi a prevenirii înarmării nucleare.

— Pe un alt plan, medicii pot demonstra că prima condiţie a sănătăţii omenirii o constituie pacea pe planeta noastră, şi că „Sănătatea pentru toţi pînă în anul 2000“ (deviza actuală a O.M.S.) s-ar putea realiza cu numai un procent modest, care s-ar ceda din cele peste 600 de miliarde dolari, care se cheltuiesc anual pentru înarmare (ceea ce înseamnă 1,7 miliarde dolari pe zi). Numai cu bugetul pe 3 săptămîni al înarmării s-ar asigura apa potabilă pentru populaţia planetei, iar cu preţul unui avion modern de luptă, s-ar asigura construirea a 100 de spitale ! În acelaşi timp, 40% din bugetul alocat cercetării ştiinţifice, este cheltuit pentru scopuri exclusiv militare; iar aprox. 500 000 de cercetători din lume sînt utilizaţi în acest scop, în loc să caute mijloace de ocro-

Scanned with CamScanner

tire a sănătății. În mod justificat, s-a întrebat secretarul general al O.N.U. : „Această nebunie nu ar putea lua sfîrșit“ ?

Stă în puterea medicilor de a deveni o forță de pace, dezvoltînd o opinie de masă, în sensul obținerii de mai multe fonduri, pentru promovarea sănătății, luptînd pentru dezarmare și restrîngerea bugetului militar, în așa fel ca viața să decurgă liniștit și sănătatea să fie asigurată pe planeta noastră.

„Dacă iubiți această planetă“ (If You Love This Planet) este titlul și mesajul generos al unui film canadian, îndreptat împotriva războiului atomic, care a primit premiul Oscar pe 1982, pentru cel mai bun film de scurt metraj și care pentru noi constituie o caldă și statornică invitație, în acest sens, la apărarea planetei (141).

141) CĂPLESCU R. — „Dacă iubiți această planetă“, *Scînteia*, 15 aprilie 1983.

Scanned with CamScanner

Medic și pacient

33.

Despre arta conversației cu bolnavul

Dintre multele amintiri, acumulate după decenii de experiență clinică și lecturi, care mi-au rămas profund întipărite în minte, aș dori să comentez aici o sentență și o întîmplare, în legătură cu arta de a vorbi bolnavilor.

Sentența aparține lui Bechterew (1): „Dacă în urma unei convorbiri cu medicul, bolnavul nu se simte mai bine, atunci cel care a vorbit nu merită numele de medic". Afirmația este aspră și pilduitoare, cu privire la puterea terapeutică pe care medicul o poate conferi cuvintelor sale în fața bolnavului.

Întîmplarea se referă la o anamneză efectuată, odată, de un tînăr medic, unui copil spitalizat pentru o operație — un copil destul de mare totuși ca să poată sesiza semnificația unor întrebări și să se sperie de interpretarea care putea fi dată acestora. Medicul începuse interogatoriul copilului, pentru a întocmi foaia de observație, cu întrebările seci și uzuale: cine erau părinții, unde locuiau, calitatea locuinței, numărul de camere, tipul de alimentație cu apă etc., ceea ce l-a făcut pe copil să creadă că respectivul medic avea, de fapt, sarcina de a face o anchetă cu privire la suprafața locativă, asupra căreia părinții aveau dreptul, motiv pentru care a și avizat, cu teamă, pe părinții săi. Pentru acel copil, tînărul îmbrăcat în halat nu putea fi un medic, ci un funcționar anchetator oarecare.

Mi-am amintit aici de răspunsul pe care, ca studenți, trebuia să-l dăm marelui nostru cercetător și clinician Danielopolu, la întrebarea: care este primul cuvînt pe care medicul trebuie să-l adreseze bolnavului? Răspunsul corect era: *ce te supără? ce suferințe ai?* Aceasta deschidea, în mod natural, istoricul acelor suferințe și începutul unui dialog firesc medic-bolnav, demonstrînd din partea medicului, grija acestuia pentru ceea ce îl interesa pe

1) VLADIMIR MIHAILOVICI BECHTEREW, neurolog rus, născut în 1858.

Scanned with CamScanner

bolnav : cercetarea și alinarea sau suprimarea suferințelor sale. O anamneză eficientă nu poate niciodată începe cu întrebări birocratice, cu caracter administrativ. În acest mod, dialogul medic-bolnav nu ar mai putea să devină acel *colloque singulier*, cum îl numea medicul-scriitor Duhamel, și prin care se realizează acea legătură indispensabilă, sufletească și de încredere, între cel care își încredințează viața și sănătatea și acela care le primește în grija sa.

Întrebările privind condițiile de mediu, în care bolnavul trăiește, se alimentează și muncește se pun mai pe urmă, în mod natural, în cursul discuțiilor, după cîștigarea încrederii bolnavului.

Ordinea cum se pun aceste întrebări bolnavului și modul cum se discută cu acesta, reprezintă nu numai ceea ce unii numesc elemente de „arta conversației", ci ceva mult mai profund și anume : stabilirea acelei apropieri delicate și pure, într-o atmosferă de deplină încredere, între bolnav și medic, absolut necesară unei rezolvări optime a suferințelor bolnavilor.

Fără respectarea acestei condiții, *sine qua non*, relația medic-bolnav rămîne una pur birocratică, iar rezolvările capătă aspectul neplăcut, mecanic, de defilare „pe bandă", a șirului de bolnavi, cu suferințele lor, prin fața unui medic funcționar.

Erori în conversația cu bolnavul

Este evident, și experiența clinică o demonstrează clar, că dintre variatele mijloace, care stau la îndemîna medicului, în preocuparea sa de a realiza o atmosferă cît mai profund umană a practicii medicale, apropierea de bolnav *prin cuvînt* este cea mai importantă. Desigur, această „artă" se învață treptat, printr-o preocupare continuă, în umbra și în lumina unor maeștri, dar nu prea tîrziu, și cel mai bine încă din timpul studiilor medicale.

Persistă însă, în practica medicală, o serie de erori în conversația cu bolnavul, dintre care unele sînt responsabile de umbrirea prestigiului breslei noastre medicale, iar altele de perturbări grave ale psihicului bolnavului.

Pornind de la un articol al lui Asher, „Cele șapte păcate ale medicinii" (2), unul fiind etichetat „cruzimea verbală", am făcut odată într-o carte un inventar mai complet al celor mai frecvente erori în conversația medicului cu bolnavii (3).

2) ASHER R. — The seven sins of medicine, *Lancet*, 1949, 2, 359.
3) VOICULESCU M., ANGELESCU M. — Medici-scriitori, scriitori-medici, Ed. medicală, București, 1964.

Scanned with CamScanner

Aceste erori ar putea fi următoarele :

— *A vorbi pacientului prea puțin,* ceea ce îi creează acestuia teama de necunoscut, presupuneri de boli grave incurabile, între care teama de cancer (peste care medicul trece cu ușurință, ignorînd deseori această teamă frecventă a bolnavului). Fără explicațiile medicului, bolnavul rămîne deseori pradă unor ipoteze eronate și superstiții.

— *A nu vorbi bolnavului deloc,* a-l uita de tot. Este o formă rafinată de „cruzime mentală", pe care, pe bună dreptate, bolnavul nu o va ierta niciodată medicului respectiv. Alteori, tăcerea poate fi interpretată ca o consimțire la teama bolnavului.

— *A vorbi în șoapte (sotto voce),* cu cei din jur, în fața bolnavului, ceea ce declanșează la acesta o adevărată panică interioară, nesiguranță sau ipoteze grave.

— *A-i vorbi rece,* distant, birocratic, cîteva cuvinte lipsite de orice căldură omenească, cu o privire inexpresivă, aruncată dincolo de pacient, departe.

— *A vorbi prea mult,* cu amănunte inutile sau primejdioase pentru starea bolnavului, ori care-i pot declanșa acestuia suspiciuni inutile.

— *A-i vorbi repede,* debitînd cuvintele „ca o rafală de mitralieră", din care bolnavul nu va reține nimic.

Desigur, astfel de erori trebuie să dispară cu totul din medicină, dacă o recunoaștem ca cea mai umanitară dintre profesiuni.

Despre valoarea terapeutică a cuvintelor

Un medic cu experiență clinică își dă seama, mai devreme sau mai tîrziu, că de modul cum folosește cuvintele în conversația cu bolnavul, poate să confere acestora o valoare terapeutică.

Quod medicamentum non sanat, verbum sanat spunea — în mod lapidar — o veche sentență latină. Această afirmație rămîne tot atît de convingătoare și astăzi, cînd sîntem înconjurați de mii și zeci de mii de specialități farmaceutice, care de care mai reputate. Într-o epocă în care tranchilizantele sînt atît de răspîndite și cerute, medicul nu trebuie să uite că *cel mai liniștitor rămîne tot cuvîntul său,* bine ales și cumpănit.

Așa cum afirmam într-o carte despre medicii-scriitori, medicii care știu să-și dezvolte și să-și perfecționeze arta folosirii cuvîntului în conversația cu bolnavul — și îndeosebi realizează acest lucru marii clinicieni — întreține în jurul lor o atmosferă de ade-

Scanned with CamScanner

vărată „vrajă" verbală, propice vindecării. De aceea, nu este probabil întîmplător că mulți dintre marii clinicieni și terapeuți au fost dublați de o mare măiestrie în arta vorbirii, precum și a scrisului, ceea ce i-a impus și posterității. Între elementele care caracterizează ceea ce denumim o „școală medicală", se încadrează și această artă a folosirii cuvîntului în clinică.

Influența terapeutică a cuvîntului medicului demonstrează, pe de altă parte, cît de complex, particular și uman este actul terapeutic, prin posibilitatea de influențare a psihicului bolnavului, care reacționează totdeauna, dar atît de deosebit, în funcție de structurile psihice, atît de variate, ale pacienților. În activitatea sa, medicul dispune de numeroase medicamente și proceduri, dar *cuvîntul său rămîne indispensabil* pentru reușita actului terapeutic, cît și pentru stabilirea acelei atmosfere de încredere între bolnav și medic, inerentă vindecării.

„Acela care nu cunoaște puterea cuvintelor, nu poate cunoaște omul", spunea Confucius. În medicină, valoarea acestei sentențe se verifică mereu.

Valoarea umanistică și socială a cuvîntului medicului

Într-o eră, în care progresul tehnic a ajuns și în medicină atît de impresionant, marile spitale și policlinici apar ca adevărate uzine medicale. În aceste „megainstituții", impregnate de atmosfera rece și maiestuoasă a mașinilor moderne de diagnostic și tratament, bolnavii pășesc astăzi intimidați sau deprimați, nu numai fizic, dar și psihic, și numai cuvîntul cald și afectuos al medicului, care îl însoțește, poate atenua această „diminuare" psihologică și poate să-i susțină în demnitatea lor de oameni.

Cuvîntul medicului, bine folosit, servește astfel, în sensul unei corectări a acestor efecte negative („adverse"), care rezultă din tehnicizarea continuă a actelor medicale, a medicinii însăși. Se poate corecta astfel și ceea ce s-a definit ca o tendință posibilă de „dezumanizare" a medicinii, prin exces de tehnicism și uitarea bolnavului ca ființă umană.

Într-un astfel de cadru tehnic, medicul nu trebuie să se transforme într-un simplu tehnician, un „inginer de organe", ci trebuie să știe să țină un just echilibru între tehnică și arta de a folosi această tehnică în medicină, spre beneficiul bolnavului, ca om.

În acest scop, medicul nu trebuie să fie niciodată parcimonios cu folosirea cuvîntului, ci să găsească tot timpul necesar pentru

Scanned with CamScanner

a da toate explicațiile necesare pacientului. Experiența și cuvîntul medicului au o valoare nu numai terapeutică, dar și profilactică și socială. Medicul trebuie să găsească timp să dea *soluții profilactice* pacienților săi, să le dea toate sfaturile necesare de *cultură sanitară*, pentru a nu rămîne tributar orizontului strîmt al medicului de tip vechi, simplu terapeut. Medicul modern nu se poate limita la „filantropie" și „tehnofilie", ci trebuie să preia responsabilitățile mult mai ample, sociale, ca cetățean și educator în problemele sănătății. Aceste obligații se recunosc din ce în ce mai mult pe plan mondial (4).

Pe de altă parte, utilizarea corectă și cumpănită a cuvintelor — aceste „unelte ale gîndirii", cum le denumea Huxley — prezintă o mare valoare, nu numai în relațiile dintre oameni, dar și mai mult în relațiile dintre medic și cei de a căror sănătate răspunde. Dimpotrivă, folosirea greșită și intempestivă a unor cuvinte poate determina o transmitere deformată a ideilor și a informațiilor și poate crea învrăjbiri între oameni. În limbajul medical, trebuie să existe și „o asepsie verbală" (așa cum spunea prof. Brînzeu), iar „vorbele mînioase sînt ca săgețile aprinse" (Wieland).

După cum arătam într-un capitol din cartea citată anterior (3), „medicina ne învață să folosim cuvintele ca un izvor al dragostei de om", în spiritul acelei gîndiri atît de frumos exprimată de medicul și scriitorul Marti-Ibanez :

„Dincolo de simpla comunicare a ideilor, cuvintele mai au încă o misiune : aceea de a ne permite să ne apropiem unii de alții și, prin simplul fapt al conversației, să transformăm singurătatea noastră cosmică într-o comunitate. Și aceasta este, poate, misiunea cea mai nobilă de care cuvintele sînt capabile : să servească ca vehicul unei sincere prietenii între oameni".

34.

Factori care afectează relațiile medic-pacient

Relațiile medic-pacient constituie un domeniu extrem de complex și sensibil al relațiilor interumane. Ele pot fi ușor tulburate prin comportări greșite ale ambilor, afectînd încre-

4) DETMER D. — The physician and the civic self, *J. Amer. med. Ass.*, 1980, 243.
5) PARKINSON J. — The patient and the physician, *Lancet*, 1951, 2, 457.

Scanned with CamScanner

derea mutuală, uneori prestigiul medicului și, finalmente, totul, în defavoarea îngrijirii bolnavului și a artei medicale.

Este indicat, de aceea, ca fiecare medic să cunoască cît mai devreme, din ucenicia sa, și cît mai aprofundat, caracterele acestor relații și factorii, care le pot afecta în mod negativ. Dintre acești factori, unii țin de medic, alții de pacient. Dar, este o datorie în primul rînd a medicului de a-i cunoaște, controla și remedia, căci — așa cum spunea un autor — trebuie să fim de acord că „bolnavii dețin o superioritate asupra doctorilor : dacă nu ar mai fi bolnavi, nu ar mai fi nici doctori" (5).

Dreptul pacienților de a avea dreptate

Dezvoltînd această idee, considerăm că îi revine totdeauna medicului obligația de a interveni în mod activ pentru cordialitatea acestor relații și a aplana orice dispută incipientă, chiar dacă — aparent ori obiectiv — ar considera că el, medicul, ar avea dreptate. Trebuie să se țină seama, totdeauna, că pacientul se prezintă în cadrul acestor relații cu handicapul inferiorității sale psihofizice create de boală și de imperioasa necesitate de a fi ajutat. Este un act de mare înțelepciune și de valoare etică din partea medicului de a înțelege justificata stare de neliniște, anxietate, nerăbdare și iritabilitate a pacientului și de a veni în întîmpinarea lui cu calm, pentru a-l înțelege.

Orice clinician cu experiență va repeta studenților acest înțelept sfat formulat astfel de L. Platt :

„Pacientul are, aproape totdeauna, dreptate. Acordă atenție la ceea ce el spune". Din această recomandare, vor rezulta totdeauna lucruri și fapte deosebit de instructive.

A gîndi și a acționa pentru bolnav

Primul lucru, pe care îl așteaptă bolnavul, este ca el să simtă, cu toată ființa sa, că medicul se consacră rezolvării suferinței sale.

„Bolnavii pot ierta multe medicului, dar lipsa de interes a acestuia, niciodată" (6).

Există o artă de a inspira încredere bolnavului.

Un medic, care nu cîștigă în acest sens încrederea bolnavului, este ca și cum ar primi vot de blam, pierzînd orice autoritate în

6) WILSON J. B. — Doctor and patient today, *Lancet*, 1961, *II*, 201.

Scanned with CamScanner

fața lui, iar dacă blamul se repetă și cu alți bolnavi, acel medic poate să se și retragă din practica medicală, recurgînd la un post de birou.

Respectînd timpul pacienților

Așteptarea prelungită la medic, fie în vederea unei consultații la dispensar ori policlinică, fie a vizitei medicale cerută la domiciliu, fie și a vizitei în spital, constituie un factor care nemulțumește profund bolnavul. Această atitudine se explică prin anxietatea așteptării, și teama de prelungire a suferinței, ca și prin iritația creată de pierderea de timp. S-a afirmat chiar că „pacientul care așteaptă un doctor este mai mult impresionat de timpul de așteptare decît de succesul consultației" (7).

Așteptarea poate fi uneori un lucru teribil și nociv pentru pacient.

În spital, timpul pierdut de bolnav în așteptarea medicului prezintă o valoare enormă : nu numai pentru securitatea vieții sale, dar și pentru psihicul său. Contează astfel : promptitudinea primei vizite medicale, imediat după internare (timp evaluat în minute uneori) ; rapiditatea primului ajutor în urgențe, la orice oră din zi și din noapte ; ritmicitatea vizitelor medicale curente.

Problema respectării timpului pacienților preocupă nu numai unitățile sanitare, dar și presa medicală și centrală (8)(9).

Nu există decît o soluție : respectarea timpului pacienților prin măsuri organizatorice precise și îndeplinirea lor întocmai :

— consultații cu programări și ore reținute ;
— respectarea orelor de vizită și de contravizită ;
— intervenția rapidă în urgențe ;
— respectarea orelor anunțate ;
— acordarea integrală a timpului necesar consultației.

Explicînd pacienților

Pacientul trebuie informat asupra bolii sale, asupra diagnozei, prognozei și tratamentului de aplicat. Pentru anumite explorări și intervenții terapeutice, se cere acel „consimțămînt

7) * * * — Waiting for the doctor, *Lancet*, 1956, *II*, 1 251.
8) FLOREA L., IACOBESCU E. — Timpul — coordonată importantă a asistenței medicale, *Muncitorul sanitar*, 1967 (15 martie).
9) DEAKI L. — Respectarea timpului pacientului, *Scînteia* (17 februarie), 1967.

Scanned with CamScanner

informat" din partea bolnavului sau — în anumite cazuri — din partea familiei.

Arta medicului rezidă îndeosebi în modul de dozare a informării și în calitatea acestei informări, în funcție de personalitatea bolnavului, de starea sau de solicitările sale. Adevărul, care trebuie spus bolnavului, trebuie bine gîndit, dozat și dat atîta cît nu-i face rău (vezi cap. *36* : „Adevărul în fața bolnavului").

Este dreptul bolnavului de a fi informat asupra stării sale. A trecut vremea cînd medicul acționa în genul unui misterios sacerdoțiu, suplinind insuficiența mijloacelor terapeutice, printr-un ceremonial teatral, sau redactînd rețete ininteligibile.

O explicație clară, convingătoare și adaptată personalității bolnavului, constituie un factor terapeutic puternic, contribuția bolnavului la vindecare : „atitudinea pacientului față de boala sa este de o importanță capitală, pentru orice terapie", spunea Michael Balint.

Pentru a fi mai eficace terapeutic, medicul ar trebui să asculte mai mult, să vorbească cît trebuie și să prescrie cît mai puțin.

Despre arta conversației cu bolnavul, ne referim într-un capitol special (vezi cap. *33*), dată fiind importanța sa pentru relațiile pacient-medic.

Singurătatea bolnavului în spital

Unul din factorii, care deprimă bolnavul spitalizat, este singurătatea sa, izolarea de familie și de prieteni. Uneori, el are chiar impresia de a fi uitat, abandonat într-un pat străin, între persoane străine, cu lenjerie străină și fără posibilitatea de a selecta hrana sa.

El simte că nu mai este o persoană, că a devenit un „caz", mai mult ori mai puțin interesant pentru cei din jur.

Soluții : în primul rînd, bolnavul trebuie să simtă prietenia și devotamentul medicului, iar legătura cu familia să fie asigurată (prin telefon și vizite fixate conform regulamentului spitalului). Spitalul trebuie să ofere, prin toată funcționalitatea sa, acel climat afectiv, care să atenueze senzația de înstrăinare a bolnavului.

Deficiențe organizatorice și birocratice

Situațiile de *aglomerare* în policlinici și în spitale sînt surse importante de nemulțumire a populației față de asistența medicală. De la biroul de informații și pînă la consultul medicului

Scanned with CamScanner

sau pînă la internarea în spital, totul trebuie să fie organizat în așa fel, încît să nu apară nici o întîrziere inutilă, iar urgențele medicale să fie descoperite din timp și tratate cu prioritate.

Unele din aspectele cele mai detestabile în medicină este *birocratismul* : tratarea birocratică a bolnavului prin acte pur formale și ignorarea oricărei sensibilități umane, cu uitarea bolnavului ca om. Medicul birocratic nu caută decît soluții formale, de acoperire, aparent legale, dar în fond fără conținut și dăunătoare sănătății și vieții bolnavului. Birocratismul este o manifestare cu totul străină profesiunii de medic și nu are ce căuta în medicină.

Abateri deontologice

Tot atît de grave sînt acele abateri ale unor medici de la responsabilitatea morală și care constă din : primatul suprem acordat intereselor personale, în detrimentul intereselor superioare și justificate ale bolnavilor ; scăderi în disciplina în muncă ; slăbirea simțului de abnegație față de bolnav, mergînd de la interferență pînă la aspectele penale de respingere totală a asistenței medicale sau a condiționării acordării acesteia de recompense pecuniare. Aceste aspecte de imoralitate medicală caracterizează însă numai o minoritate a medicilor, acele „oi negre" ale profesiunii medicale, care au fost și vor fi totdeauna condamnate de marea masă a medicilor.

Numai o continuă perfecționare morală va putea conduce către o profilaxie totală a cazuisticii medico-legale, a acelor acte medicale supuse sancțiunilor penale.

Iatrogeneza

Una din condițiile fundamentale ale practicii medicale a fost formulată de peste două milenii de Hipocrate în cuvintele : *primum non nocere* (primul lucru este să nu cauzezi un rău bolnavului). Toate actele medicale — de la manevrele de explorare, pînă la actele terapeutice și cele profilactice — prezintă un risc iatrogenic, mai mult ori mai puțin previzibil, dar alteori cu totul imprevizibil (cînd responsabilitatea medicului nu mai este practic angajată).

Oricum „iatrogenezele" sînt primejdioase pentru bolnav și compromițătoare pentru medic (10) și — aparent paradoxal — au

10) MILCU ȘT. — Probleme deontologice ale iatrogeniei, Conferință Colegiul Medicilor, București, 27.II.1973.

crescut considerabil ca frecvență și polimorfism, pe măsura progreselor medicinii și mai ales a abuzului de aceste progrese. Ele nu sînt totdeauna evitabile. Astfel, într-o secție de terapie intensivă au apărut sub diferite forme (reacții adverse la medicamente, septicemii de cateter etc.) la 12,5% din pacienți, dar numai în 46,3% erau potențial preventibile (11).

Din ce în ce mai mulți pacienți sînt alarmați de frecvența acestor riscuri iatrogene (medicamentoase, chirurgicale, exploratorii sau psihopatice, induse de medic etc.), încît ele se adaugă la multiplele responsabilități actuale ale medicului, care trebuie să le cunoască, să le prevină sau să le sesizeze și să le trateze la timp, pentru maxima securitate a bolnavilor.

Cooperarea (ascultarea) bolnavilor = compliance

În ultimul timp, s-a introdus un nou termen, *compliance*, pentru o veche noțiune, care privește *cooperarea bolnavului în cadrul actului terapeutic* : docilitatea, ascultarea sa de a lua medicamentele, după indicațiile medicului. *Compliance* și *non-compliance* constituie un factor important în relațiile pacient-medic, pentru succesul sau insuccesul actului terapeutic.

Numeroase cercetări, făcute în acest scop, au relevat aspecte surprinzătoare : *aprox. o treime din bolnavi nu execută instrucțiunile medicului* (după un studiu făcut în Canada).

Într-un alt studiu, efectuat la noi în țară pe 472 bolnavi cu boli acute (12), numai 8% din bolnavi nu au efectuat deloc tratamentul prescris, în timp ce pe un lot de 810 bolnavi cronici, 41% dintre aceștia nu au luat medicamentele prescrise. Motivațiile au fost multiple și variate : rețete complicate, lipsa de încredere în medic, efecte secundare neplăcute, neglijență etc. Este evident însă că atitudinea de „non-compliance“ este mai frecventă în cazul tratamentelor cronice, de durată.

Problema este de mare importanță practică și fiecare medic practician trebuie s-o urmărească cu atenție pentru a nu avea, în final, surprize neplăcute, atît la spital cît și la domiciliu : medicamente „uitate“ prin noptiere, ascunse prin diferite locuri sau aruncate cine știe unde.

11) TRUNET P. și colab. — The role of iatrogenic disease in admissions to intensive care, *J. Amer. med. Ass.*, 1980, 244, 2 617.
12) GEORGESCU TULCEA N. — „Compliance“. Studiu asupra relației pacient-medicament în cadrul actului terapeutic, *Viața med.*, 1982, 1, 47.

Scanned with CamScanner

Starea de pacient, ca revendicări

În cadrul asistenței medicale, asigurată în mod gratuit de stat, unii pacienți își formează o listă de revendicări și avantaje individuale, pe care încearcă să le obțină prin *status*-ul de pacient : o spitalizare prelungită, medicamente cît mai multe, un concediu de incapacitate de muncă cît mai lung, scutiri de eforturi etc. Toate aceste tendințe egoiste, nefondate sau generate de o cultură sanitară insuficientă, vin în contradicție cu fondul științific al activității medicului și în mod special cu responsabilitățile sale sociale și economice. Medicul nu este numai apărătorul intereselor sănătății persoanelor din grija sa, dar — în același timp — este și un *ordonator de credite*, un *mediator între bolnav și societate*, pe care trebuie să o apere de orice solicitări sanitare abuzive și de cheltuieli inutile pe socoteala societății, a statului. S-ar părea că unii pacienți nu văd nici o limită economică în posibilitățile — și așa destul de largi — pe care le oferă sistemul de ocrotire a sănătății în țara noastră, omițînd că orice frustrare și abuzuri se repercută asupra muncii și stării tuturor.

Pacienți dificili

Orice medic cu experiență cunoaște că, pe lîngă pacienți ascultători, există și pacienți denumiți „dificili", cu care se cooperează greu, constituind uneori pentru medic adevărate teste de răbdare și rezistență psihică.

Acești bolnavi prezintă anumite particularități psihice și de comportament și trebuie decelați din timp, pentru a ne adapta atitudinea, în funcție de modificările lor caracteriale. Diferiți autori s-au ocupat de această problemă și i-au împărțit în mai multe categorii, și anume :

— *pacienți suprainformați*, care abundă în cunoștințe medicale unele corecte, dar mai ales false sau greșit înțelese ;

— *pacienți taciturni*, care vorbesc puțin sau deloc, reticenți și depresivi ;

— *pacienți „multisimptomatici"*, care enumeră un șir interminabil de simptome, obsedați de boli și suferințe ;

— *pacienți cu verbalism excesiv*, care vorbesc fără încetare, împiedicînd medicul de la discuție și examinare ;

— *pacienții negativiști*, care refuză tratamentul, cu riscul de a se autodistruge ;

Scanned with CamScanner

— *pacienți revendicativi, ostili și agresivi,* solicitatori de explorări, tratamente și concedii de boală ;

— *pacienți nesinceri,* care inventează suferințe și simptome, în mod deliberat, pentru a obține avantaje medicale. Adesea, medicul se vede obligat, înainte de a face diagnosticul bolii, să facă diagnosticul sincerității sau al nesincerității simptomelor și chiar să acționeze ca un detectiv, pentru a preciza scopul real al consultației.

Acestea sînt însă aspecte mai rare și adevăratul medic va avea grijă de a *acorda mai întîi crezare suferințelor descrise de bolnav* și numai după un examen minuțios și prin excludere prudentă să ajungă la problema unei eventuale încercări de abuz ori simulare.

A asculta totdeauna cu atenție și cu obiectivitate — *sine ira et studio* — plîngerile bolnavului constituie o regulă de aur a comportării medicului, care îl va ajuta să nu greșească niciodată în defavoarea pacientului.

35.

Dispute în jurul anamnezei?

Anamneza, ca metodă în procesul de diagnostic al bolnavului, ne apare azi tot atît de veche, ca și cuvîntul grecesc de la care derivă : *anamneskein* (a rechema din memorie, a-și aduce aminte) și a rămas ca o dogmă, ca o procedură obligatorie în strategia și arta diagnozei. De altfel, de-a lungul secolelor, anamneza a continuat să rămînă foarte prețuită de clinicieni, bucurîndu-se de aprecieri meritorii și uneori chiar hiperbolice.

Astfel, după R. Platt (13), în 82% din cazuri, diagnosticul rezultat după luarea anamnezei rămîne neschimbat, prin examinările și investigațiile ulterioare. În diagnosticul ulcerului duodenal, Moynihan obișnuia să spună : „istoricul este totul, examenul fizic nimic" (ceea ce este, evident, o exagerare, probabil deliberată, pentru a sublinia mai mult importanța anamnezei în diagnosticul acestei afecțiuni) (14).

Același R. Platt elabora și o sentință semnificativă pentru valoarea anamnezei :

13) PLATT R. — *Lancet,* 1947, 2, 305.
14) ABRAHAMS A. — The role and value of anamnesis, *Lancet,* 1949, *1,* 553.

Scanned with CamScanner

„O deosebire majoră între doctorii buni și răi constă în timpul dedicat luării istoricului bolnavului și îndemînarea de a interpreta acest istoric. Cu mult mai multe erori se fac prin acordarea unei prea mari semnificații unor semne fizice dubioase, neglijînd indicațiile clare ale istoricului, în favoarea procesului opus" (13).

Mai recent, Lipkin (15) afirma : „luarea istoricului bolnavului este, poate, deprinderea cea mai dificilă pe care un student în medicină trebuie să o stăpînească". Noi, înșine, într-o revistă, publicam acum cîțiva ani un editorial, intitulat „Anamneza și importanța sa mereu actuală", avînd ca motto : „Qui bene interrogata, bene diagnosticat", — titlu și motto care spun destul asupra conținutului (16).

Unele tendințe de subapreciere a anamnezei

Dacă pot fi citate atîtea luări de poziții favorabile anamnezei (din multe altele de același gen), care sînt motivele pentru care mai poate fi pusă în discuție anamneza ?

— În primul rînd, este necesar să semnalăm o tendință evidentă de subapreciere a anamnezei din partea studenților actuali, atrași prea mult de mirajul examenelor de laborator și al computerelor (încă prea costisitoare pentru aplicări medicale curente). Asistăm astăzi la foi de observații cu anamneze scurte, incomplete și uneori chiar ridicole, în timp ce se caută să se compenseze diagnosticul prin prescrierea unui enorm număr de teste de laborator, costisitoare și consumatoare de timp. Punerea în mișcare a unei întregi aparaturi de laborator și, eventual, alarmarea unei mașini electronice de calcul pentru orice afecțiune, apar ca un efort necorespunzător, disproporționat, față de rezultatul obținut și ne amintește comparația clasică : *parturiunt montes, nascetur ridiculus mus*. În schimb, o anamneză aprofundată ar permite o selectare mai rațională a analizelor necesare, printr-o orientare logică de la început pe drumul diagnozei, prin descoperirea firului călăuzitor al Ariadnei, în labirintul de manifestări și aprobleme ale bolnavului.

Orice tendință de neglijare a anamnezei va avea implicații importante, nu numai economice, dar și prin efectul dăunător în formarea viitorilor medici. Cei care așteaptă livrarea diagnosticului de către un computer nu trebuie să uite că valoarea acestui diag-

15) LIPKIN M. — Approaches to the teaching of physical diagnosis, *J. med. Educ.*, 1969, 44, 691.
16) VOICULESCU M. — Anamneza și importanța sa mereu actuală, *Viața med.*, 1971, 18, 9, 386.

Scanned with CamScanner

nostic depinde, în primul rînd, de calitatea și cantitatea datelor care se introduc în computer, de culegerea lor exactă (17).

— În al doilea rînd, au apărut și unele păreri împotriva utilității anamnezei, exprimate în articole, cum este acela al lui Michaels : „O pledoarie pentru abandonarea istoricului complet și examinării fizice“ (18). După acest autor, este inutil să mai facem un istoric și un examen fizic complet, care ar fi consumator de timp și dispersat în prea multe direcții. El recomandă, în schimb, o anamneză și o investigație foarte selective, orientate pe baza simptomelor evidente. O invitație, deci, la renunțarea la o anamneză completă și la o examinare cuprinzătoare. O astfel de pledoarie nu poate fi primită decît cu multe reticențe și finalmente respinsă. Erorile ar fi enorme, prin ignorare, interpretări eronate, ca și prin necunoașterea completă a bolnavului. Iar prozeliți la teza renunțării la anamneză (din comoditate) s-ar găsi destui.

— În fine, o altă tendință modernă, cu caracter mecanicist, este aceea de a înlocui anamneza cu o „autoanamneză“, prin care bolnavul este obligat să răspundă singur, în scris, la cîteva sute de întrebări asupra trecutului său și ale istoricului bolii. O manifestare tipică a medicinii impersonale, lipsită de umanism, din unele țări occidentale.

Din istoricul și disputele asupra anamnezei

După cum remarcă J. Steudel (19), oricît ar părea astăzi de naturală și de justificată anamneza, primii medici ai antichității nu s-au gîndit să facă un interogator al bolnavului. Medicul acționa atunci mai mult ca un mag, ca un „ghicitor“ al bolii. Fapt curios, chiar în operele hipocratice (sec. IV î.e.n.) nu se fac mențiuni despre o anamneză metodică a bolnavului. Astfel, într-unul din principalele aforisme ale lui Hipocrate se cerea medicului : „A spune ceea ce a precedat, a recunoaște ceea ce este, a prevedea ceea ce va urma“. Dar, tot după preceptul hipocratic, medicul trebuie să stabilească singur circumstanțele, care au condus la respectivul *status presens* al bolii. În opera sa „Despre aer, ape

17) VOICULESCU M. — Ordinatoarele în medicină. Prezent și perspectivă. *Viața med.*, 1979, 26, 10, 433.
18) MICHAELS L. — A plea for abandonment of the complete history and physical examination, *Canad. med. Ass. J.*, 1973, 108, 299.
19) STEUDEL J. — À propos de l'histoire de l'anamnese. Symposium CIBA, 1958, 6, 178.

Scanned with CamScanner

și locuri", Hipocrate recomanda ca medicul să se informeze despre condițiile de mediu extern, în care s-a produs boala, despre bolile dintr-o regiune, dar fără colaborarea bolnavului, fără interogarea acestuia (19).

Primul medic, care — încă din antichitate — a recunoscut importanța anamnezei a fost Rufus, din Efesus (Asia Minor), care a trăit în primul secol al erei noastre (pe vremea împăratului Traian). El aparținea școlii medicale elenistice din Alexandria și a fost acela care a pus la punct metoda anamnezei, considerînd-o ca o etapă fundamentală în examinarea pacienților. În opera sa „Despre interogarea pacietului", Rufus începea astfel :

„Trebuie să punem întrebări bolnavului, pentru că în acest chip anumite aspecte ale bolii pot fi mai bine înțelese și tratamentul devine mai eficient".

„Eu plasez interogatoriul pacientului pe primul loc, deoarece în acest mod puteți afla cît de mult este sufletul său sănătos sau altfel : tot așa puterea sa fizică sau slăbiciunea sa ; și astfel puteți să vă faceți o idee asupra bolii și a părții afectate. Mai întîi, trebuie întrebat cînd a început boala : aceasta este mai ales valoros pentru tratament și pentru a evalua zilele critice... Următorul lucru de a întreba este dacă ceea ce s-a întîmplat acum este una din bolile cu care individul este obișnuit ori altceva, care nu i s-a întîmplat lui niciodată pînă acum. Pentru că, vorbind în general, multe persoane se îmbolnăvesc mai mult decît o dată de aceeași boală, prezentînd aceleași simptome, fiind tratate în mod asemănător".

Cu privire la bolile ereditare : „este, oare, posibil de a afla despre acestea în alt mod decît prin întrebări ? Mai mult, acest lucru nu poate fi calificat ca o investigare banală, rutinieră, cît timp este tot atît de necesar de a determina care boală este ușor de tratat și care este dificilă. Pentru că se consideră, în mod just, că orice este ereditar este mai greu de tratat, decît ceea ce nu este" (20).

Remarcabil este faptul că Rufus a avut pe atunci în problema anamnezei, o aprigă dispută cu alt medic, denumit Callimachus. Acesta considera ca superfluă oricare încercare de a se proceda la interogări asupra altor boli sau suferințe anterioare ale bolnavului, apreciind că semnele fizice ar fi suficiente pentru a indica boala și cauzele acesteia, precum și pentru a stabili prognosticul și tratamentul eficace. Rufus nu s-a sfiit să combată deschis și pe Hipocrate, susținînd : „Eu admir pe Hipocrate pentru înțelepciunea

20) * * * — Rufus of Ephesus, *J. Amer. med. Ass.*, 1960, 174, 2 070.

Scanned with CamScanner

sa, care i-a permis să facă numeroase descoperiri importante. Eu sfătuiesc, totuşi, pe medicul care caută să colecteze date exacte, de a nu renunţa de a pune întrebări".

Opinia şi opera lui Rufus asupra anamnezei au prelevat peste veacuri şi s-au transmis mai departe medicilor, graţie altor medici celebri, care au dezvoltat valoarea anamnezei, cum au fost : Gribasus (medicul şi amicul lui Julian Apostatul), Galen (care a întreţinut şi el polemici cu alţi medici asupra valorii anamnezei), precum şi cunoscutul medic arab Rhazes (865—925), care afirma : „o anamneză minuţioasă formează premisele unui tratament eficace".

Am căutat să reamintim aceste cîteva aspecte şi dispute din istoricul anamnezei, pentru a arăta cum s-a impus anamneza ca metodă ştiinţifică. Nu trebuie uitat că, alături de acei care s-au luptat pentru a acorda anamnezei importanţa şi poziţia cuvenită în medicină, ca metodă de cercetare a bolnavului, au existat şi detractori ai acesteia. Ca şi pe vremea lui Rhazes, şi astăzi mai există pseudomedici şi şarlatani, care caută să uimească bolnavii prin diagnostice puse „stante pede", fără a interoga bolnavul. Desigur, mai există şi critici pesimişti, după care „istoricul bolnavului ar consta dintr-un amestec confuz de fapte, speculaţii, sugestii, svonuri, născociri, statuări neadecvate, reminiscenţe imperfecte şi opinii vagi" (14) Dar cine s-ar încumeta să se asocieze propunerii atît de riscante a lui Michaels, de a se renunţa la un istoric complet în examinarea bolnavului ?

De aceea, în ciuda acestor rare încercări de detractare, anamneza rămîne un act medical de inestimabilă valoare, cînd este făcută în mod ştiinţific, cu conştiinciozitate, bun simţ, şi ataşament faţă de bolnav.

Multipla valoare a anamnezei

Un prim şi important rol al anamnezei este acela de a analiza şi a selecta din noianul de simptome descrise de bolnav, pe acelea care constituie calea către diagnostic sau — cel puţin — îl sugerează. Orientarea procedurilor ulterioare, de laborator, într-o anumită direcţie — aceea gîndită, *ţintită* — simplifică sarcinile laboratoarelor atît de solicitate.

O bună anamneză poate avea deci consecinţe favorabile în economicitatea acţiunilor sanitare.

Scanned with CamScanner

Un alt rol important al anamnezei este acela de a permite medicului o apropiere psihică de bolnav și de a realiza, ceea ce prin examenul obiectiv și testele de laborator nu s-ar putea obține : *cunoașterea psihologică a bolnavului, a personalității acestuia.*

În acest mod, prin acest *colocviu particular,* unic, astfel denumit de Duhamel *(colloque singulier),* se obțin mai multe avantaje, și anume :

— Ne dăm seama de posibilitățile bolnavului de exprimare, de limbajul său, de auto-analiza sa, de interpretările, judecățile și prejudecățile sale, de cultura sa generală și medicală.

— Cunoscînd aceste date, putem găsi mai bine căile pentru a influența mai bine vindecarea bolnavului și a-i inspira încrederea necesară în vindecare.

— Anamneza psihologică este cu atît mai necesară, cu cît foarte mulți pacienți care solicită ajutor medical au probleme psihice, la limită sau mai pronunțate, care necesită a fi cunoscute și tratate.

Tehnica unei bune anamneze mai permite medicului să exploreze, pe lîngă datele clinice și alte aspecte importante care alcătuiesc : *anamneza epidemiologică, anamneza profesională, anamneza genetică,* aprecierea stilului de viață a persoanei respective.

Concepută astfel, o anamneză aprofundată și metodică devine o bogată mină de informații, care luminează calea spre diagnostic. „Pentru a vedea mai bine obscurul, explorează ceea ce este evident", s-a spus, pe bună dreptate, și este valabil și pentru clinician.

Anamneza este deci un act medical, care trebuie făcut cu multă conștiinciozitate și profunzime. În acest sens, constituie o atitudine înțeleaptă *ca fiecare medic să-și facă el singur anamneza și să nu o împrumute de la alt coleg.*

Cele de mai sus nu trebuie înțelese ca o încercare de a face o apologie a anamnezei, a cărei poziție solidă în procesul de diagnostic nu a putut fi zdruncinată pînă acum. Dar valoarea anamnezei trebuie apărată în continuare de unele tendințe de indiferență și subapreciere, care demonstrează un apetit crescînd pentru medicina impersonală și acel tehnicism, care amenință să neglijeze cunoașterea integrală a omului, personalitatea complexă a acestuia.

Remediul unei astfel de tendințe îl constituie tocmai păstrarea și consolidarea anamnezei, ca o armă de mare preț în strategia medicului clinician.

Scanned with CamScanner

Adevărul în fața bolnavului

La prima examinare a problemei, ar părea superfluu să mai fie pusă în discuție conduita medicului cu privire la informarea bolnavului, la dreptul său la adevăr asupra stării sale de sănătate. Este unanim admis că pacientul se adresează medicului nu numai pentru a primi o îngrijire competentă, dar și pentru *a fi informat despre starea sănătății sau a bolii sale* : ce are, ce perspective sînt, ce trebuie făcut. Medicul are obligația de a-l informa corect și cît mai clar în această privință. Totul pare foarte limpede. Dar, cu toate acestea *adevărul care trebuie spus bolnavului rămîne unul din subiectele cele mai controversate ale medicinii*. Nu este vorba aici despre informarea bolnavului sau a publicului, *în general*, cu cunoștințe medicale, despre sănătate și boală. Necesitatea unei astfel de informări este, de altfel, unanim recunoscută și a *devenit un drept al fiecărui om în lumea de astăzi*. Este vorba, în problema enunțată, de a informa pacientul despre el însuși. Ori, se știe că, de obicei, *omul suportă greu adevărul despre persoana sa*. În plus, pacientul se află într-o situație mult mai grea : pentru el *adevărul despre persoana sa poate fi un lucru teribil*. O informare directă și bruscă despre diagnosticul și prognosticul bolii sale poate crea un dezastru în evoluția stării pacientului, mai ales în bolile grave sau cu prognostic infaust.

Ce poate face atunci medicul ? Situația sa este una din cele mai dificile. Conform unor vechi recomandări deontologice, în astfel de cazuri, medicul trebuie să ascundă adevărul în fața bolnavului și să recurgă la acea „minciună pioasă" *(pium mendacium)*, atît de discutată și reproșată medicilor de mai multe veacuri încoace. Sau, să spună adevărul în mod gradat și adaptat psihicului bolnavului.

Iată ce recomandă codul deontologic francez în aceste situații (articolul 34) : „Un prognostic grav poate fi, în mod legitim, ascuns bolnavului. Un prognostic fatal nu poate fi relevat decît cu cea mai mare circumspecție, dar el trebuie comunicat familiei, cu excepția cazurilor cînd bolnavul a interzis în prealabil să se facă această comunicare sau a desemnat o terță persoană în acest scop".

Dar nu toate opiniile converg cu acest mod de a vedea. Jurisprudențe provenite din Franța și S.U.A., pe baza unor procese penale intentate medicilor, au statuat culpabilitatea, inclusiv com-

Scanned with CamScanner

plicațiile post-operatorii cele mai rare (21). În practica medicală din Anglia și mai ales din S.U.A., există tendința netă de a se comunica bolnavilor adevărul integral, atît la solicitarea acestora, cît și în cadrul concepției de informare completă a bolnavilor (la care se mai adaugă, probabil, și spiritul de „medicină defensivă" din aceste țări, mai ales în S.U.A., ca o măsură de apărare a medicilor contra reclamațiilor bolnavilor). În presa medicală din aceste țări, apar frecvent articole, care pledează pentru „dreptul bolnavului la adevăr" și majoritatea medicilor din spitale sînt de părere că trebuie spus bolnavului chiar și diagnosticul cel mai grav. Astfel, 97% din 264 de medici clinicieni chestionați au răspuns că preferă să spună bolnavilor de cancer diagnosticul respectiv (22).

Se conturează deci două tendințe :

— cei care se întreabă dacă avem dreptul „să otrăvim cu adevărul crud" viața bolnavului, pe care-l văd astfel „condamnat la adevăr" și consiliază prudența în relatarea adevărului ;

— cei care pledează pentru dreptul bolnavului la adevăr și obligația medicului de a-l spune acestuia, integral.

Cum trebuie procedat atunci ?

O retrospectivă istorică

Cercetînd documente din istoria medicinii, pentru a vedea cum au evoluat ideile în această problemă, Grmek (23) nu a constatat o conduită uniformă. În textele hipocratice, problema nu este discutată, dar atitudinea medicului în aceste situații pare să se inspire din dictonul hipocratic : „a liniști sau cel puțin a nu vătăma" (*primum non nocere* = primul lucru, să nu pricinuiești un rău), o invitație clară și în privința modului de a comunica adevărul bolnavului.

În schița sa asupra statului utopic, Platon admitea că „dacă minciuna este utilă oamenilor, în sensul unui medicament, este evident că folosirea unui astfel de medicament trebuie rezervată medicilor" (citat din „Republica" de Platon) (23). Se pare că și Galen admitea o atitudine de prudență în comunicarea adevărului către bolnav, recomandînd ca medicul să facă promisiuni de vin-

21) * * * — Le mensonge en médecine (colloque), *Med. de France*, 1966, 177, 3—15.
22) NOVACK D. și colab. — Changes in physicians'attitudes toward telling the cancer patient, *J. Amer. med. Ass.*, 1979, 241, 897.
23) GRMEK M. D. — Le pieux mensonge du médecin et le droit du malade à mérité, *Le Concours médical*, 1964, 86, 3 855.

decare și să lase bolnavului speranța în vindecare. Pe plan teologic, biserica a fost însă ferm împotriva falsificării adevărului și a recurgerii la minciună *(Contra mendacium)* de către medici.

În practica medicală a secolelor următoare, a predominat totuși conceptul „minciunii pioase", considerîndu-se ca o obligație morală a medicului de a feri bolnavul de aflarea unui adevăr crud, prea grav pentru el, care ar avea un efect catastrofal asupra psihicului și a evoluției bolii sale. Acest sfat prudent a trecut în toate lucrările de deontologie medicală din Europa, considerîndu-se că bolnavul nu poate fi considerat apt să suporte tot adevărul despre boala sa și să reacționeze în mod normal.

Referindu-se la această conduită, un cinic francez pretindea că : „numai femeile și medicii cunosc ce necesară și binefăcătoare este pentru omenire minciuna" (citat de 24).

Riscurile comunicării unui adevăr grav

Toți clinicienii sînt de acord cu atitudinea de prudență în comunicarea adevărului către bolnav, adevăr care trebuie la început păstrat de medic, apoi filtrat și dozat bolnavului, în funcție de aptitudinea acestuia de a-l suporta. Medicului îi revine tot timpul misiunea de a liniști bolnavul și de a-i lăsa speranța. Un filosof spunea, în mod just, că „toată profesiunea medicului se bazează pe speranță".

Nu putem spune direct unui bolnav : „aveți un cancer" sau „un infarct cardiac" și să pretindem apoi ca acesta să aștepte cu seninătate evoluția și să nu aibă emoții. Se cunosc cazuri de agravare subită ori de sinucideri, la comunicarea unui diagnostic grav, de boală incurabilă.

Sînt și alte reproșuri, care se pot face medicilor, cînd procedează la comunicarea directă și brutală a unui adevăr crud, grav cu privire la viața și sănătatea bolnavului.

Astfel, există riscul erorii de diagnostic (cu toate consecințele care pot decurge de aici).

Prognosticul rămîne apoi una din marile dificultăți ale practicii medicale : cine poate să-l stăpînească atît de perfect încît să-l comunice ca o sentință bolnavului ? Multe din judecățile noastre în medicină, ca și în biologie, se bazează pe probabilități și sînt

24) PARKINSON J. — The patient and the physician, *Lancet*, 1951, 2, 457.

Scanned with CamScanner

afectate de riscul unor reacţii neaşteptate din partea organismului uman, a fiecărei fiinţe.

Există apoi bolnavi, care nu doresc să ştie adevărul asupra bolii lor (deşi îl bănuiesc, dar nu-l acceptă să le fie spus). Acesta este cazul — de regulă — şi mai dificil al medicului bolnav, în faţa căruia trebuie să existe o şi mai mare prudenţă, delicateţă şi artă în comunicare. În nici un caz, aşa cum i s-a adresat un medic lui Freud : „aveţi un cancer hepatic". Iar acesta i-a răspuns imediat : „Cu ce drept îmi spuneţi acest lucru ?". Toată durerea unui psihic rănit se află în aceste cuvinte.

Există deci anumite limite în comunicarea adevărului medical.

Riscurile necomunicării adevărului către bolnav

Sînt multe păreri, după care informarea bolnavului trebuie să fie completă, şi care se bazează pe mai multe argumente.

— În primul rînd, *pe plan juridic,* un medic este descoperit, dacă nu a dat bolnavului informaţii explicite şi detaliate asupra diagnosticului şi posibilităţilor evolutive ale bolii acestuia. Un bolnav neinformat corect şi complet poate recurge oricînd la o reclamaţie sau la un proces penal, considerînd asistenţa medicului ca incompetentă *(malpractice* în ţările anglosaxone). Bolnavul poate avea nevoie de adevărul complet asupra bolii sale, pentru a lua — din timp — anumite măsuri cu privire la familie, avere şi succesiunea sa.

— Ascunderea adevărului, din excesivă prudenţă din partea medicului, poate fi şi nefavorabilă pentru bolnav, în cazul unor boli cu evoluţie progresivă, care ar putea fi însă stăpînite, dacă bolnavul ar şti şi ar lua măsuri din timp. Constituie o falsă menajare psihică a bolnavului de a-i ascunde că suferă de o hepatită cronică agresivă, cu potenţial de a trece în ciroză, sau de o ciroză incipientă, boli pentru care bolnavul se poate decide la un tratament maximal şi un stil de viaţă exemplar. Tot astfel, cunoaşterea exactă a unui risc de cancer, care poate fi stopat printr-o operaţie, sau a unei insuficienţe cardiace incipiente etc., pot fi controlate mai bine prin informarea completă a bolnavului şi colaborarea cu medicul.

Trebuie renunţat la *secretul medical,* cînd acesta este în defavoarea bolnavului sau a colectivităţii : „onoarea ştiinţelor medicale este de a publica tot, de a supune totul criticii şi de a nu păstra nimic secret" (J. R. Debray) (21).

Scanned with CamScanner

Deci nu ar trebui să existe limite ale informării.
Dar, oare, fără secrete, viaţa nu ar deveni intolerabilă ?

Cum trebuie să procedeze medicul ?

Experienţa clinică, arta practicii medicale şi cunoaşterea psihologiei bolnavului ne învaţă cum să predăm adevărul bolnavului.

Cît adevăr trebuie spus bolnavului ?

„Trebuie să spunem atît adevăr unui bolnav cît îi face bine. Adevărul poate fi un lucru teribil şi noi trebuie să căutăm a tempera şi a doza, dar niciodată a falsifica adevărul celor pe care îi îngrijim". Acest răspuns clar, de clinician, aparţine lui J. Parkinson (24).

Trebuie să ne dăm seama de particularităţile psihice ale fiecărui pacient.

— Unii *cer şi suportă adevărul,* ceea ce nu li se poate refuza ; este dreptul lor de a şti. După o statistică, proporţia acestora ar fi de 62% (25). Circa 35% doresc să fie informaţi numai parţial (25).

— Alţii *nu suportă să ştie, să afle adevărul.* Aceştia sînt cei vulnerabili la adevăr, care trebuie menajaţi şi informaţi cu circumspecţie (circa 8%, după aceeaşi statistică).

— Alţii *nu doresc să ştie adevărul.* Aceştia se complac în iluziile şi speranţele cu care sînt trataţi, antrenîndu-se şi jucînd comedia creată de familie şi de medic, cu un consimţămînt tacit. Probabil că aceştia doresc să fie lăsaţi în pace şi nu suportă scene de consolare.

Deci, în concluzie : *fiecăruia adevărul său* (ca în piesa lui Pirandello).

Este vorba însă nu numai de cantitate, de doza de adevăr, dar şi de *modul cum se spune* (26). Aici, stă toată arta medicului, arta conversaţiei sale cu bolnavul, în care intră multă omenie, delicateţă, înţelepciune, experienţă şi, mai ales, cunoaşterea psihologiei bolnavilor.

Medicul trebuie să vorbească, căci *în medicină tăcerea nu este totdeauna de aur* (24).

De aceea, adevăraţii clinicieni ştiu cît şi cum să vorbească, inclusiv adevărul în faţa bolnavului.

25) DEMLING L., FLÜGEL H. — Wie steht, der Patient zur Aufklärungpflicht des Arztes ? *Dtsch. Med. Wschr.*, 1975, 100, 1 587.
26) SPECTOR B. — A doctor's dilemma, *J. Amer. med. Ass.*, 1965, 194, 174.

Scanned with CamScanner

37.

Perseverență și scepticism în terapeutică

Sauver la vie d'un homme, c'est un privilège qui vaut d'être disputé

GEORGES DUHAMEL

Conduita terapeutică constituie unul din atributele fundamentale care definesc medicul, nu numai ca tehnicitate și experiență, dar și prin concepția sa despre terapeutică, precum și prin etica sa, atitudinea față de bolnav. Aceasta este o problemă de veacuri a medicinii, asupra căruia s-au referit multe personalități medicale, de la Hipocrate și pînă astăzi. Multe din judecățile statuate de aceștia au rămas ca maxime ori axiome ale medicinii. Să amintim numai acel valabil *primum non nocere* a lui Hipocrate, mai ales în condițiile „exploziei" terapeutice actuale.

Ar părea poate superflu să mai discutăm problema perseverenței în terapeutică astăzi, cînd posibilitățile terapeutice ale medicinii moderne sînt atît de mari, ca și perspectivele, care invită la o astfel de atitudine. Și totuși, se ridică vechi și noi importante probleme — tehnice, etice, juridice — privind mai ales bolnavul grav, care merită a fi analizate.

Între perseverență și scepticism

Ce înseamnă perseverența în terapeutică ? Un stil de muncă, o atitudine de tenacitate în terapeutică, aproape încăpățînată, pasionantă, din dorința salvării și vindecării bolnavului *(acharnement thérapeutique)*. O astfel de atitudine caracterizează, credem noi, adevăratul medic și depășește de regulă judecățile aproape logice, ca și acel *status praesens* al terapeuticii. Dintr-o astfel de atitudine, decurg nu numai salvări, care par miraculoase, dar și deschiderea unor noi orizonturi terapeutice. Astfel, s-au născut — probabil — reanimarea și metodele de terapie intensivă, transplantul de organe etc., în ciuda acestor sceptici.

Atitudinea contrarie perseverenței este scepticismul în terapeutică, acel scepticism sistematic, care caracterizează pe unii medici, din fericire mai rari. Desigur, scepticismul nu trebuie confundat cu spiritul critic în terapeutică, care pe baza unor criterii raționale, științifice, apreciază locul și eficacitatea fiecărui medi-

Scanned with CamScanner

cament și fiecărei măsuri terapeutice. Asupra acestei atitudini toți sîntem de acord, căci ar fi un haos, un dezastru în terapeutică, dacă nu ar exista acest spirit critic, un echilibru între marile speranțe și prea grăbitele renunțări.

„În terapeutică, atît excesul de zel, cît și insuficiența terapeutică pot fi dăunătoare. Trebuie să ai inima fierbinte și capul rece", spunea Koltîpin, un mare clinician.

În același sens, trebuie reținută și recomandarea cunoscutului chirurg, gînditor și scriitor H. Mondor : „păstrați-vă un just echilibru între încîntările visării, ale fanteziei și cele ale cunoașterii, ale acțiunii și ale liniei juste".

Dar numai cei dotați cu perseverență și entuziasm au putut rupe vălul de stagnare și conservatorismul terapeutic, aducînd marile cuceriri terapeutice, care alcătuiesc progresul medicinii actuale.

O astfel de atitudine servește nu numai cercetării, progresului terapeutic, dar — în ultimă instanță — fiecărui bolnav. Care bolnav ar alege oare acel medic sceptic ori hipercritic și plin de dubii față de terapeutică ? Experiența noastră în clinică, de aproape 4 decenii, ne-a arătat că cele mai spectaculare (și nesperate) succese terapeutice le-am realizat numai cu medicii caracterizați prin perseverență și entuziasm în terapeutică.

Această „încăpățînare" terapeutică este totdeauna în favoarea bolnavului, fie că realizăm o vindecare nesperată și definitivă, fie că prelungim cu ani ori luni viața bolnavului.

Aceasta este misiunea medicului, niciodată de a renunța, chiar cînd toate speranțele par pierdute. Vom cita cîteva exemple ilustrative din experiența noastră din Spitalul clinic de boli infecțioase Colentina.

— O bolnavă în comă hepatică profundă (prin hepatită acută virală), care părea depășită, este cerută insistent de familie pentru a deceda acasă. Membrii familiei sînt însă scoși cu forța din camera bolnavei. Aceasta își revine, ulterior se vindecă complet și în prezent lucrează ca infirmieră în spital.

— O bolnavă cu meningoencefalită pneumococică, în stare de comă profundă, spitalizată tardiv. Tratamentul intensiv și îngrijirile devotate ale personalului reușesc să suprime infecția și lichidul cefalorahidian revine la normal. Bolnava continuă însă să rămînă inconștientă, într-o stare de decerebrare și cu multe escare, fiind hrănită tot timpul artificial. Începusem să regretăm că am salvat un organism decerebrat. Dar, după 3 luni de răbdare și

Scanned with CamScanner

îngrijiri intensive, depuse de întregul personal, bolnava își revine complet psihic și părăsește spitalul în bună stare. După 1 an ne vizitează în stare de sănătate și gravidă.

Chiar în cazurile de prognostic fatal, cum ar fi rabia, nu se poate renunța la încercări terapeutice. În primul rînd, pentru că s-ar putea face confuzii cu alte encefalite (virală sau postvaccinală). Dar, și în cazul rabiei confirmate, sînt justificate noi soluții terapeutice, peste tratamentul standard, așa cum s-a încercat în Spitalul clinic de boli infecțioase Colentina, prin hibernare artificială (27) sau prin curarizare cu respirație artificială (28) sau cu interferon, și imunoglobine antirabice, cum au încercat alții.

Probleme etice în practică

Dacă aceasta este atitudinea justă a medicului, în practică survin și situații dificile, care îi pun probleme de conștiință, de etică. Astfel, este necesitatea consimțămîntului bolnavului, în cazul unei intervenții chirurgicale, indispensabilă pentru vindecarea acestuia. Sînt situații, cînd bolnavul conștient — ca și familia sa — refuză și cu regret medicul trebuie să renunțe la astfel de cazuri cînd bolnavul ar putea fi, totuși, salvat. Ne amintim, astfel, de un bolnav cu icter mecanic, prelungit prin refuzul său de a se opera și care a intrat treptat într-o stare de caşexie prin denutriție și icter progresiv. Bolnavul era convins că are cancer și, totuși, la necropsie, s-a descoperit un ascarid în coledoc — pe care îl obstrua — și a cărui îndepărtare ar fi adus o vindecare pe cît de simplă, pe atît de spectaculoasă.

În același sens, pot fi citate intervenții chirurgicale la nounăscuți, cu unele defecte congenitale, și care se dezvoltă ulterior normal.

Uneori, adevărul terapeutic poate să nu rezulte din cîteva cazuri, ci dintr-o experiență controlată pe serii mari de bolnavi.

Astfel, este cunoscută gravitatea encefalitei herpetice cu caracter necrozant, de regulă mortală, și în care s-au încercat diferite tratamente: idoxuridina (IDU), citarabina, vidarabina, acyclovirul (substanțe antivirale), corticosteroizi, tratament chirurgical etc., cu unele rezultate favorabile, contestate de alții (cei

27) VOICULESCU M. și colab. — Tratamentul rabiei prin hibernație artificială, *Viața med.*, 1957, 8, 13.

28) BALȘ M. și colab. — Essai de traitement de la rage par la curare et la respiration artificielle controlée, *Presse méd.*, 1957, 36, 853.

Scanned with CamScanner

sceptici). Iată însă că un autor (29), adunînd 369 de cazuri publicate în literatură, a constatat că din 101 bolnavi trataţi intensiv trăiesc 49 (49%), iar din 268 bolnavi netrataţi astfel trăiesc numai 63 (23%).

Aceste date arată că un tratament este mai bun decît niciunul !

Utilitatea corticosteroizilor în tratamentul encefalitelor virale, contestată de unii, a rezultat totuşi din studii controlate cu serie martor (30).

Critica scepticismului

Scepticismul terapeutic constituie nu numai o atitudine negativă a minţii, dar ascunde şi o comoditate şi o lipsă de iniţiativă. În acest spirit, nu se mai depun eforturi în îngrijirea celor muribunzi, nu se mai perseverează în îngrijirea lor umană şi în prelungirea vieţii celor incurabili. Se alunecă, astfel, prin abstinenţă terapeutică, către *eutanasia pasivă*, atitudine respinsă de etica medicală a tuturor timpurilor. Nu poate fi aceasta, niciodată, misiunea medicului. În acest spirit, a răspuns şi medicul Desgenettes lui Napoleon, cînd în faţa bolnavilor gravi de pestă, din Jaffa, acesta i-a cerut medicului de a-i suprima prin toxice : „datoria mea este de a nu omorî, ci de a conserva".

Probleme terapeutice speciale pune îngrijirea celor incurabili, cu stări ireversibile (care necesită o îngrijire umană), ca şi bolnavii care agonizează. Nu poate fi refuzată niciodată îngrijirea acestora, pînă în ultimul moment al vieţii lor. Medicul trebuie să deprindă şi stilul de îngrijire a celor incurabili şi muribunzi.

Desigur, pot fi mult discutate limitele şi posibilităţile terapeutice (31). Dar, în stilul de muncă, *perseverenţa în terapeutică trebuie să caracterizeze adevăratul medic*. Între atitudinea terapeutică sceptică ori rezervată, şi cea perseverentă şi entuziastă trebuie aleasă fără îndoială aceasta din urmă.

„A salva viaţa unui om este un privilegiu care merită a fi disputat", spunea marele scriitor şi medic G. Duhamel, cu ale cărui cuvinte am început acest capitol.

29) RAPPEL M. — Herpes Encephalitis Revisited, *Brit. med. J.*, 1972, 2, 655.

30) VOICULESCU M., BRUCKNER SILVIA — Hormonii corticosteroizi în terapia neurovirozelor, *Med. interna (Buc.)*, 1964, 5, 581.

31) COLLINS V. — Limits of Medical Responsability în Prolonging Life, *J. Amer. med. Ass.*, 1968, 206, 289.

Scanned with CamScanner

Terapia: o știință, dar și o artă

Orice medic, care practică medicina cu pasiune, a meditat probabil adesea, asupra unui mare adevăr, pe care marele clinician Osler l-a formulat astfel : *„practica medicinii este o artă, bazată pe știință“.*

Poate că frumusețea și măreția medicinii rezidă tocmai în această fuziune profundă și indestructibilă între știință și artă, în activitatea medicală. În acest mod, putem înțelege mai bine și sensul celebrului aforism hipocratic : *„vita brevis, ars longa“.* În limbajul original grec, cuvîntul folosit era *techné,* pentru ceea ce s-a tradus ca „artă“. Probabil că pentru Hipocrate noțiunea de *techné* în medicină era complexă, înțelegînd prin acest cuvînt, totodată, știință și artă.

În ultima vreme, s-au exprimat însă unele temeri, după care imensul progres tehnic, realizat în ultimile decenii în medicină, s-ar fi obținut în dauna practicii medicale ca artă.

„Tendința este ca știința în medicină să întunece arta“, spunea G. Duncan. Dar, tot el recunoștea că „dacă se mențin perspectivele cuvenite, acestea se completează una pe alta“. Tot astfel, P. Milliez consideră că „arta medicului devine, din ce în ce mai mult, o tehnicitate medicală“.

Este adevărat că medicina a devenit din ce în ce mai tehnică, cuprinzînd tot mai multă fizică, matematică, statistică, genetică, imunochimie, automatizare și electronică. Pătrunderea progresului tehnic în medicină a condus la rezultate extraordinare, în toate domeniile medicinii atît ca beneficii imediate, cît și ca perspective pentru sănătatea omenirii, ceea ce justifică pe deplin avîntul cu care omenirea se dedică în continuare științei și tehnicii.

Dar numai atît nu este suficient. *În medicină, numai știința și tehnica nu pot face, singure, un medic bun* (32). Este necesar ca acesta să fie educat în *spiritul dragostei față de om,* al cîștigării unei *culturi umanistice,* precum și în *arta aplicării cunoștințelor medicale.*

De fapt, „în toate meseriile, omul trebuie să fie superior uneltelor sale. Dacă s-a specializat ca tehnician, el refuză s-o facă în calitate de om“ (Siegfried). Sau, cum clar se exprimă Valter

32) VOICULESCU M. — Raportul între gîndirea medicală și tehnica medicală. În vol. : „Filosofie și medicină“ (sub redacția Florin Georgescu), Ed. medicală, București, 1980.

Scanned with CamScanner

Roman : „în socialism, progresul tehnico-ştiinţific merge mînă în mînă cu umanizarea maşinii, omul devenind stăpînul maşinii, care nu mai mecanizează pe om".

În acest sens, trebuie înţeleasă introducerea şi valorificarea progresului tehnico-ştiinţific în medicină.

Unul din sectoarele cele mai sensibile ale medicinii, în ceea ce priveşte raportul între cunoştinţele tehnico-ştiinţifice şi arta aplicării lor este acela al terapiei.

Terapia, ca ştiinţă

Orice terapie trebuie să se bazeze pe o concepţie ştiinţifică, condiţie primordială şi obligatorie. Gîndirea ştiinţifică trebuie să aparţină, ca o responsabilitate majoră, tuturor medicilor.

„Apartenenţa la ştiinţa medicală nu mai constituie un apanaj al omului de ştiinţă, ci a devenit o condiţie *sine qua non* pentru fiecare din noi, practicienii, şi nu mai puţin decît a acelora cu o orientare ştiinţifică" (33).

Nu se poate concepe astăzi o practică bazată pe empirism, impresii şi tatonări terapeutice, la întîmplare, fără un diagnostic bine gîndit şi bazat pe o examinare aprofundată a bolnavului, în aşa fel ca fiecare punct terapeutic să aibă o justificare ştiinţifică.

Mai mult, trebuie să ne reamintim că nu există nici o contradicţie între îngrijirea pacienţilor şi cercetarea ştiinţifică. Dimpotrivă, „practica medicală fără cercetare ştiinţifică nu poate fi concepută. Ele sînt inseparabile" (34). Orice spital, în care nu se practică cercetare ştiinţifică, va rămîne un spital plafonat şi treptat depăşit.

Terapia ca artă

Boala umană este prea complexă, pentru a putea fi subordonată unui computer şi cea mai sofisticată dotare tehnică poate să nu fie suficientă pentru a obţine vindecarea, dacă nu am concepe terapia şi ca o artă.

„Meseria noastră rămîne o artă, oricît am face-o noi să beneficieze de toate achiziţiile fundamentale. De aceea, responsabili-

33) BARONDESS J. — Some thoughts on academic medicine, *Arch. intern. Med.*, 1971, *127*, 310.

34) BURGHELE TH. — Poziţia chirurgului în probleme de cercetare ştiinţifică, *Chirurgia*, 1966, *12*, 1 057.

Scanned with CamScanner

tatea unei vieți omenești este cu atît mai grea, cu cît ea este asumată într-o nesiguranță tulburătoare" (J. Gosset).

Terapia este mai mult decît o știință.

Terapia trebuie să ofere încredere deplină bolnavului. Numai acel medic este bun terapeut, care știe și respectă următoarele reguli fundamentale (cîteva adevăruri primare) :

— Medicul trebuie să considere bolnavul în totalitatea sa, ca o ființă umană și nu ca un conglomerat de organe.

— Medicul trebuie să cîștige încrederea bolnavilor.

— Medicul trebuie să fie un bun psiholog.

„Progresul științelor exacte, care au modificat atît de fericit un sector al terapeuticii, n-au amputat, în același timp, medicina de dimensiunea ei psihologică, aceea care rămîne totuși elementul cel mai vechi și mai fundamental al meșteșugului medicului" (35).

— „Terapia este o artă a nuanțelor", spune H. Bricaire și în aceste cîteva cuvinte se cuprinde multă înțelepciune terapeutică : evitarea schematizării excesive, nuanțarea terapiei după forme clinice, după situația de etapă, după psihologia bolnavului.

— În terapeutică, medicul trebuie să se ferească atît de acel *furor therapeuticus* al unora, ca și de „nihilismul" terapeutic al altora.

„În terapeutică, atît excesul de zel, cît și insuficiența terapeutică sînt dăunătoare. Trebuie să ai inima fierbinte și capul rece" (Koltîpin).

— Niciodată medicul nu trebuie să țină un pacient în tratamentul său mai mult decît este posibil să-l ajute. Un principiu esențial, care demonstrează justețea eșalonării unităților medicale, după competența lor profesională și dotarea lor tehnică.

— A ști să nu dea un medicament, cînd acesta nu este indicat, este un act de mare înțelepciune din partea medicului, pe care — din păcate — puțini bolnavi știu să-l aprecieze.

— Medicul trebuie să rezolve problema umană a fiecărui bolnav.

„Secretul oricărui tratament constă în a se preocupa de bolnav" (F. Peabody).

„A folosi toate calitățile unui bun clinician : bunătate, comportare umană, farmec personal, sensibilitate, conversație atrăgătoare ; căci, dintre toate profesiunile multiple și variate, care se oferă activității umane, există două care se disting prin cuprinderea totală a personalității umane : artele și medicina" (36).

35) DUREGARD H. — *Méd. de France*, 1973, *247*, 53.
36) BURNAND R. — Excercer la médecine ou „être médecin", *Méd. et Hyg. (Genève)*, 1959, *432*, 306.

Scanned with CamScanner

Terapia este deci mai mult decît o știință : este și o artă în același timp, iar medicul nu se poate dispensa de această artă, „care începe cu comportamentul medicului, merge mai departe cu experiența și finețea diagnozei și se încheie cu alegerea tratamentului justificat la timpul potrivit“ (37).

39.

Terapeutica modernă: un risc calculat?

Una din temele dezbătute la „Zilele medicale ale Sibiului“ (14—15 mai 1982) a avut sugestivul titlu : „Potențial și agresivitate în medicația actuală“.

Trebuie să recunoaștem, într-adevăr, că — în terapia modernă — s-au acumulat proceduri tot mai sofisticate și mai temerare : pace-make-uri programabile, tehnici de respirație asistată, plasmafereza, exsanguinotransfuzia, hemodializa, cateterismul de coronare, terapia trombolitică a trombozei coronariene, dializa peritoneală ambulatorie etc. La acestea, se adaugă un număr imens de medicamente — circa 43 000 — ale căror simplă enumerare și descriere abia au încăput într-un volum compact și dens de peste 2 000 de pagini ale celebrei *„Extra-Pharmacopoeia“* (38). Pentru a contura și mai bine dimensiunile și riscurile terapiei medicamentoase, autorii au ținut să citeze în acest volum peste 65 000 referințe bibliografice, conținînd rezultate ale efectelor curative și ale reacțiilor adverse ale fiecărui medicament.

Decizia de a alege un medicament sau o procedură terapeutică a devenit astăzi tot mai complicată și mai plină de riscuri. Nu există nici un medicament, de la cele mai simple pînă la cele mai complexe structuri chimice sau produse biologice, care să nu determine reacții adverse. Chiar apa unor fîntîni, nevinovata *aqua fontanae,* poate uneori să conțină nitriți, care să determine methemoglobinemie la sugari, cu consecințele morbide cunoscute.

Ne aflăm astăzi în situația de a prescrie numeroase medicamente, a căror margine terapeutică este foarte aproape de cea

37) * * * — Art of therapy, *J. Amer. med. Ass.*, 1970, *211*, 1 002.

38) MARTINDALE — The Extra-Pharmacopoeia, ed. a 27-a, Ed. A. Wade, Londra, Pharm. Press, 1977.

Scanned with CamScanner

toxică, sau să riscăm, cu altele, producerea celor mai neașteptate reacții de sensibilizare.

În această „junglă" agresivă a medicației moderne, medicul clinician trebuie să fie cît mai bine înarmat, dacă nu cu rafinamentul unui farmacolog modern, cel puțin cu cunoștințele fundamentale, indispensabile, de farmacologie clinică. Fără astfel de cunoștințe, medicul modern tinde să devină — mînuind antibiotice, hormoni, tranchilizante etc. — o creatură periculoasă.

Un exemplu edificator îl constituie utilizarea antibioticelor și chimioterapicelor, care se face, în practică — și în toate țările — cu frecvente erori și crearea unor inutile riscuri de reacții adverse. Nu întîmplător, în diferite țări, se revine mereu asupra utilizării raționale a antibioticelor, prin organizarea de conferințe *ad hoc* („Antibiotic Audit") (39) sau prin seriale de articole, cum sînt acelea publicate recent în revista *The Lancet* (40).

Utilizarea corectă și nepericuloasă a antibioticelor actuale necesită un număr de cunoștințe, dintre care acelea care privesc *farmacocinetica* sînt foarte importante. Trebuie să știm cum și cît din antibiotic pătrunde în organism, cum circulă respectivul antibiotic și cum se elimină. Pentru unele antibiotice, cum sînt *aminoglicozidele* (streptomicina, gentamicina, amikacina etc.), cunoașterea farmacocineticii este foarte importantă, pentru *nefrotoxicitatea* și *ototoxicitatea* acestora. S-a demonstrat că numai 60—85% din doza de aminoglicozid injectată se elimină în 24 de ore, restul de antibiotic *rămîne în organism timp de 6—30 de zile de la ultima injecție și se acumulează în țesuturi*, realizîndu-se concentrații tisulare înalte și cu risc toxic : necroză tubulară renală, cu insuficiență renală și surditate. În administrarea aminoglicozidelor, trebuie să se țină seama de această *acumulare intratisulară*, diferită de concentrația serică, care poate fi mai joasă și aparent subtoxică. Aceasta impune ca tratamentul cu aceste antibiotice să fie „monitorizat", prin testări repetate ale funcției renale și ale celei auditive (41)(42). Nu toți medicii cunosc, în mod adecvat, aceste riscuri, care cresc dacă durata tratamentului depășește 10 zile, dacă pacientul este vîrstnic, dacă are leziuni renale preexistente sau dacă se asociază diuretice (care potențează nefrotoxicitatea).

39) ACAR J. și colab. — Antibiotic Audit, *Nouvelle Presse. méd.*, 1980, 9, 405.
40) * * * — Good Antimicrobial Prescribing, *Lancet*, 10 iulie—4 sept., 1982.
41) VERIN X. — Nephrotoxicité des aminosides, *Nouvelle Presse. méd.*, 1981, 10, 2 451.
42) WITSCHITZ L. și colab. — Intérêt et limites des dosages d'aminosides en thérapeutique, *Nouvelle Presse méd.*, 1982, 11, 489.

Scanned with CamScanner

Numeroase erori se fac prin : asocieri de antibiotice fie inutile, fie cu risc toxic crescut (asocierea a 2—3 antibiotice nefrotoxice), prescrieri exagerate de cloramfenicol (cu risc medulotoxic cunoscut) și mai ales prin prescrieri inutile ori inoportune.

În domeniul *diureticelor*, reacțiile adverse, deși par bine cunoscute, sînt trecute cu vederea adesea în practică. Recent, s-a arătat că hipopotasemia creată prin diuretice poate crește riscul aritmiilor cardiace, iar deficitul de magneziu antrenează tulburări în concentrația de potasiu.

Trecînd într-un alt domeniu, foarte comun în practica medicală, și anume *terapia febrei*, trebuie să recunoaștem că nu este ușor să ne decidem pentru un antipiretic sau un antiinflamator, cu riscuri cît mai reduse. Astfel, dintre antipiretice, *aminofenazona* a fost exclusă din terapeutică în unele țări (R. F. Germania, Franța), ținînd seama de riscul de agranulocitoză și cel probabil de efect cancerigen. *Fenacetina* și-a făcut o tristă celebritate, prin insuficiența renală cronică, pe care o poate provoca (nefropatia fenacetinică), motive pentru care tinde să dispară din terapeutică și chiar din farmacopeele unor țări.

Rămîn pentru uz, cu riscurile lor (mai mult ori mai puțin controlabile) : *acidul acetilsalicilic* (Aspirin), *paracetamolul* și altele. (Algocalmin, Novalgin etc.).

Pentru a recurge la un antiinflamator mai puternic, trebuie acceptat un risc și mai mare, precum și anumite precauții. Astfel, ni se pare dificil să mai recurgem la *fenilbutazonă*, cînd aflăm că, din 15 studii privind reacțiile adverse postmedicamentoase, publicate între 1970 și 1977, *fenilbutazona a fost responsabilă de 19% din cazurile de aplazie medulară de cauză medicamentoasă.*

Sînt greu de uitat — și de iertat — acele cazuri grave ori letale de sindrom Lyell, survenite după fenilbutazonă sau după sulfamide, prescrise pentru afecțiuni banale.

Devin tot mai importante și mai utile de studiat pentru fiecare medic, studiile care se publică regulat cu privire la reacțiile adverse. Astfel, după un studiu recent (43), din 209 cazuri de patologie iatrogenă de origine medicamentoasă, au fost responsabile următoarele grupe de medicamente : medicamente cardiovasculare — digitală, antiaritmice, antihipertensive, anticoagulante (37,3% din cazuri) ; antalgice și antiinflamatorii (17,7%) ; antibiotice (15,3%) ; psihotrope (11%) ; hipoglicemiante (6,2%) ; laxative (3,8%) ; diverse (8,6%).

43) NINET J. și colab. — Importance de la pathologie iatrogène d'origine médicamenteuse, *Méd. et Hyg. (Genève)*, 1982, 40, 2 673.

Scanned with CamScanner

Recent, s-au pus în evidență *noi riscuri ale medicației anticanceroase*, prin determinarea unor neoplazii secundare : noi tumori maligne și mai ales leucemii acute postterapeutice (44)(45). Se apreciază că de 7 ori crește riscul de neoplasm malign secundar, după chimioterapice anticanceroase și iradiere (46). Se recunoaște deci un risc omogen la distanță, ca urmare a terapiei antitumorale.

Trecînd în domeniul terapiei cu produse biologice (sînge, și derivate, vaccinuri), problema recurgerii la un astfel de produs nu constituie o decizie terapeutică mai simplă. Astfel, în cazul transfuziei de sînge trebuie apreciat riscul producerii unei *hepatite posttransfuzionale*, fie cu virusul B, fie cu virusurile non A—non B. În prezent, datorită măsurilor profilactice luate (trierea donatorilor, cu excluderea purtătorilor de AgHBs), numai 10—20% din hepatitele posttransfuzionale mai sînt determinate de virusul B, restul de 80—90% fiind datorate virusurilor non A—non B, așa cum au demonstrat diferiți autori, precum și noi, în țara noastră (47). După Treppo și colab., riscul actual de a se produce o hepatită posttransfuzională cu virusuri non A—non B este de 3—10% pe flacon de sînge și de 40—60% după o circulație extracorporală, ceea ce este enorm (48).

În deciderea unei transfuzii de sînge, ne asumăm deci un risc calculat. Acest risc trebuie însă bine gîndit și evaluat în funcție de relația risc/beneficiu pentru fiecare bolnav. În afară de transfuziile de sînge justificate, adesea *quo ad vitam* sau *quo ad sanationem*, există și transfuzii inutile, abuzive, așa-numite „transfuzii de lux", în care riscul producerii de hepatită virală este prea mare, în comparație cu un beneficiu minimal, care poate fi obținut și cu alte mijloace mai simple și fără reacții adverse.

Transplantele de organe și țesuturi prezintă riscul transmiterii unor infecții cu virus citomegalic ori cu virus herpetic (în 67—90% din cazuri, după transplantul renal).

Tot un risc calculat există și în cazul aplicării unor vaccinuri, care prezintă riscul unor reacții alergice și în special al unor *complicații neurologice postvaccinale*. Deseori, trebuie cumpănit bine între autenticitatea unei plăgi rabigene, care necesită vacci-

44) * * * — Hazard of cancer chemotherapy, *Lancet*, 1982, 2, 1 317.
45) LECKIE M. — Les tumeurs malignes après chimiothérapie, *Méd. et Hyg. (Genève)*, 1981, 39, 3 857.
46) MIKE W. și colab. — Incidence of second malignant neoplasms in children, *Lancet*, 1982, 2, 1 326.
47) VOICULESCU M. și colab. — Profilul etiologic al hepatitelor posttransfuzionale, *Viața med.*, 1980, 27, 347.
48) TREPPO C. și colab. — Immunoprophylaxie des hépatites virales, *Nouvelles Presse méd.*, 1981, 10, 1 989.

Scanned with CamScanner

nare şi seroterapie antirabică, în comparaţie cu riscul reacţiilor adverse într-o prescriere inutilă.

Am enumerat, în mod intenţionat, numai cîteva exemple disparate de reacţii adverse ale unor acte terapeutice, care constituie tot atîtea riscuri pentru sănătatea şi viaţa bolnavului. Aceste reacţii adverse ar putea fi considerate, ca un clişeu negativ al terapiei noastre, dar nu trebuie să apară ca o denigrare a terapiei medicamentoase, care a adus atîtea beneficii omului. Să nu uităm că, datorită medicamentelor moderne, am ajuns să obţinem astăzi un impresionant procent de vindecări. Este ilustrativ să citãm calculul făcut de un specialist, care a analizat situaţia terapiei bolilor descrise în ediţiile succesive ale cunoscutului tratat de medicină Cecil-Loeb. Dacă, în ediţia din 1927, numai 6% din bolile descrise în acest tratat aveau un tratament eficace, în ediţia din 1980, proporţia bolilor cu tratament a crescut la peste 50%.

Toate aceste succese se obţin cu riscuri. Aşa cum spuneam într-un editorial recent (49), toată activitatea noastră ca medici este plină de neprevăzut şi de riscuri. Riscăm în tot ceea ce facem în practica medicală. Riscăm cînd fixăm un diagnostic, cînd prescriem un medicament, cînd luăm o decizie terapeutică, uneori bazată pe probabilităţi.

Ce concluzii trebuie să tragem atunci ?

Ce soluţii oferim ?

— În primul rînd, să căutăm ca *remediul pe care îl prescriem să nu fie mai periculos sau mai greu suportat decît boala.* Adesea, trebuie să ne decidem pentru o sistare a administrării oricărui medicament, la o adevădată „pace medicamentoasă".

— „În orice caz de boală, medicul trebuie să caute obţinerea efectului curativ optim cu mijloacele cele mai simple" (F. Hoff). Pentru a mulţumi pe economişti, vom adăuga — şi cu medicamentul cel mai ieftin (la valoare terapeutică egală).

— Să căutăm să distingem şi să alegem bine între cele două pericole, care este mai mare : acela al bolii sau acela al medicamentului ori al actului terapeutic, folosind atît competenţa cît şi conştiinţa profesională. Lecturi ale unor articole privind reacţiile adverse postmedicamentoase şi, în mod special, a unor publicaţii de specialitate, ca „Farmacovigilenţa" (editată la noi în ţară de Comisia medicamentului), sînt foarte indicate.

49) VOICULESCU M. — Risc şi responsabilitate în practica medicală. *Viaţa med.*, 1982, 1, 1.

Scanned with CamScanner

— Practica medicală nu poate fi exonerată de riscuri și, deseori, *terapeutica noastră constă dintr-un risc calculat.* Sîntem însă obligați să reducem acest risc la minimum, printr-o perfecționare profesională continuă și o angajare morală totală pentru viața și sănătatea bolnavului.

40.

Finalitatea actului medical: recuperarea și reintegrarea socio-profesională

Abordînd această temă, nu putem să nu reflectăm o clipă, asupra lungului drum parcurs, peste secole, în concepția și în capacitatea medicinii pentru apărarea și promovarea sănătății. Astfel, în secolul al XVI-lea, chirurgul francez Ambroise Paré (1509—1590) se consola să spună, cu modestie, despre posibilitățile medicului de atunci : *guérir parfois, soulager toujours...* O situație reală și tristă, pe care unii, ca Molière, o ridiculizau cu multe și felurite expresii, foarte puțin amabile pentru medicii din acea vreme.

Progresul a venit lent și tîrziu, numai odată cu avîntul științei și tehnicii din ultimii 100 de ani. Dar, să nu uităm că, și în primul pătrar al acestui secol, posibilitățile terapeutice ale medicinii erau încă foarte reduse. Pentru exemplificare, vom cita o comparație făcută de Paul Beeson între situația terapiei din 1927 și cea din 1980, pe baza examinării primei și ultimei ediții a cunoscutului tratat de medicină internă Cecil-Loeb. Astfel, *în ediția din 1927* pentru cele 362 de boli descrise în acest tratat exista, pe atunci, un *tratament eficace numai pentru 6% din boli ;* în ediția din 1980, pentru aceleași boli, *acest procent a crescut la* 50% (50). Un progres substanțial, dar încă departe de acela pe care l-am dori pe plan terapeutic.

Cîtva timp, medicul a fost definit ca „o persoană care știe să pună un diagnostic și să acorde un tratament". Dar, mai ales în ultimele decenii, s-a văzut că, numai atît este departe de a fi suficient. Pe primul plan al preocupării medicinii, s-a situat *profilaxia,* îndeosebi, *profilaxia primară,* iar terapeutica s-a împletit cu *profilaxia secundară* (a complicațiilor bolii, a cronicizării, a

50) BEESON P. — Medécine, Baltimore, 1980, 59, 79.

Scanned with CamScanner

sechelelor, a incapacității de muncă). Cu toate acestea, în domeniul prevenirii, rămîne încă un travaliu imens de realizat. Lungul drum al profilaxiei, al medicinii omului sănătos, se parcurge cu greu și cu multă încetineală.

Treptat, medicina actuală a mai descoperit, tot în ultimele decenii, cît de importantă și plină de eficiență s-a dovedit a fi cea de-a treia etapă a actului medical: *recuperarea (rehabilitation)* și *reîncadrarea* (reintegrarea sau „reinserția") *socio-profesională* a foștilor bolnavi.

Din păcate, această etapă a continuat însă să rămînă un domeniu încă insuficient explorat și puțin cunoscut de majoritatea medicilor. A privi dincolo de zidurile spitalului sau ale policlinicii a constituit mult timp o excepție. Treptat, s-a dovedit, însă, că a concepe și a acționa dincolo de acest zid a devenit o imperioasă necesitate a gîndirii și a activității medicale. De asemenea, cărțile de terapeutică nu au mai putut ignora ceea ce se întîmplă cu bolnavul după ieșirea din stadiul acut al bolii și au trebuit să includă, ca parte importantă a actului terapeutic, și etapa recuperării.

În țara noastră, problema recuperării s-a bucurat de o atenție crescîndă (51), atît pe plan organizatoric, prin construcția de spitale de recuperare, cît și pe planul cercetării științifice. Academia de Științe Medicale a consacrat una din sesiunile sale anuale problemei recuperării, iar Institutul de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă a depus un travaliu considerabil de cercetare și organizare în acest domeniu.

Prin caracterul interdisciplinar și de mare eficiență economică, *acest domeniu al terapiei merită să fie mai mult cunoscut și aprofundat de fiecare medic, indiferent de specialitate.* O astfel de concluzie s-a degajat și din consfătuirea cu tema: „Ergonomia și reintegrarea socio-profesională a handicapaților", organizată de U.S.S.M. și de Institutul de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă (București, 27 sept., 1980).

Sensul social și uman al reintegrării socio-profesionale

Salvarea de la moarte biologică a unui bolnav implică din partea noastră și obligația de *salvare socială*, a acestuia, printr-o *reintegrare socio-profesională adecvată*, și — la nevoie

51) VOICULESCU M. — Recuperarea, în atenție crescîndă, *Viața med.*, 1974, 1.

— scoaterea din starea de dependență socială a celor handicapați (noțiune largă, prin care se înțeleg atît cei invalizi, cît și cei suferinzi de boli cronice). În vederea acestui scop, se pornește de la evaluarea potențialului biologic restant și a capacității de muncă reziduale a celor ieșiți din boală sau accident, iar întregul proces de *recuperare* este dedicat obiectivului final urmărit, și anume *integrarea socio-profesională.*

„Realizarea unei asemenea cerințe va conduce la introducerea în viața productivă a unor oameni capabili de eficiență, la nivelul tehnicii actuale și la creșterea unui statut economic, psihic și social al handicapatului, care să constituie o puternică motivație pozitivă și care să-l facă să se simtă egalul colegilor săi de muncă sănătoși" (52).

În acest mod, se pot reda circuitului vieții active numeroși handicapați biologic (invalizi, bolnavi cronici), aducîndu-le astfel o contribuție importantă la *utilizarea optimă a forței de muncă a unei populații.*

Rezultă de aici că, prin reintegrarea socio-profesională a celor handicapați, pe baza principiilor ergonomiei, a adaptării la locul de muncă, se satisface nu numai un *obiectiv social și economic,* dar totodată și unul *uman și psihologic,* prin redarea încrederii celui handicapat în puterea sa de a contribui la capacitatea productivă a societății și a nu rămîne un declasat, un întreținut al societății.

Ergonomia și reintegrarea socio-profesională a handicapaților

Această concepție profund umană și de mare valoare social-economică stă la baza întregii activități practice și de cercetare a acelui sector al activității medicale, care cuprinde rețeaua de expertiză și recuperare a capacității de muncă, împreună cu institutul de cercetare respectiv și societatea științifică de specialitate a U.S.S.M.

Astfel, rezultatele studiilor, efectuate în întreprinderi și uzine au condus la descoperirea unor aspecte concrete privind condițiile de muncă, inclusiv unele aspecte psiho-sociale și igienico-sanitare,

52) BERLOGEA O. — Rolul expertizei medicale și al recuperării capacității de muncă în aplicarea criteriilor ergonomice în adaptarea locurilor de muncă pentru invalizi și handicapați. Consfătuirea U.S.S.M., Inst. de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă, București, 27 sept., 1980.

Scanned with CamScanner

propunîndu-se soluții de remediere, prin amenajări mai bune ale locurilor de muncă și — implicit — optimizarea condițiilor de muncă respective.

Una din problemele actuale ale acestui sector o constituie *integrarea în muncă a handicapaților*, înțelegînd prin aceștia următoarele 3 categorii :

— cei cu boli cronice compensate în oarecare măsură ;
— foștii pensionari de invaliditate recuperați ;
— pensionarii de gradul III.

Pentru reintegrarea în muncă a acestora, *medicul de întreprindere*, are un rol important, el sintetizînd în preocupările sale atît condiția de muncă din întreprindere, cît și starea de sănătate a persoanei în cauză. În aprecierea adaptării în muncă a handicapaților, s-au folosit de obicei mai mult *indicatorii negativi*, ca incapacitatea temporară de muncă, reprezentînd un semn al inadaptării. Ori, ar trebui mai bine, să se recurgă la *indicatorii pozitivi*, ca : randamentul în muncă, evoluția favorabilă a unor parametri fiziologici anterior deficitari, teste de dezvoltare a unui confort psihic etc. (53).

„În relația dintre boală și incapacitate temporară de muncă, trebuie făcute multe observații — de altfel cunoscute — și anume că nu orice boală poate genera o incapacitate de muncă la o persoană cu o anumită profesie sau care lucrează într-un anumit loc de muncă, în timp ce pentru alte persoane boala respectivă este compatibilă chiar cu continuarea activității“ (53).

În acest mod, se obține o scădere a numărului de dependenți sociali, care deseori împovărează prea mult societatea și forța de muncă a acesteia.

„Vindecarea medicală nu înseamnă destul, atît timp cît nu am realizat și vindecarea socială“ (54). Acest concept este deosebit de important și caracterizează medicina modernă, care așteaptă de la medici să coopereze cu foștii bolnavi, în așa fel ca aceștia să-și găsească un loc onorabil în societate, un rol productiv, conform capacității lor de muncă restante și să nu devină, în mod iremediabil, pensionari sedentari și inactivi.

Deseori, chiar cei handicapați se luptă cu vechile tendințe și concepții de a fi scoși din populația productivă prin pensionări inutile și mulți din ei cer posturi de muncă, conform cu posibilitățile lor. Îmi revine în minte cazul unei paciente nevăzătoare,

53) TAT M. — Rolul medicului de întreprindere în integrarea în muncă a handicapaților. Consfătuirea U.S.S.M., București, 27 sept., 1980.
54) SOURNIA J. C. — Unele probleme ale convalescenței, *Chirurgia (Buc.)*, 1967, 16, 3, 193.

Scanned with CamScanner

suferindă de erizipel, care mi-a cerut să fie externată repede din spital pentru a nu pierde locul ei de muncă, la care ţinea, în timp ce, alături, alte paciente „trăgeau de timp" sau reflectau la concedii.

Un medic adevărat, care trebuie să posede nu numai o înaltă tehnicitate, dar şi o bună pregătire socială, economică şi psihologică, va înţelege sensul complex al actului recuperării: social, economic şi uman, totodată.

Convalescenţă şi recuperare

Perioada de convalescenţă a fiecărei boli nu este înţeleasă la justa ei definiţie şi utilitate de către cei mai mulţi pacienţi, precum şi de către unii medici, iar studiul acestei stări postboală s-a bucurat de prea puţină atenţie. În mod justificat, s-a putut spune că această perioadă reprezintă încă o *„no man's land"* al terapiei, pacientul fiind lăsat de multe ori în voia soartei (54). Medicul o concepe, de regulă, ca o prescriere de concediu, cu vagi recomandări de recuperare, iar pacientul o acceptă în mod simplist, ca „dreptul" său de a avea concediu de boală.

Este evident, însă, că această perioadă este tot atît de importantă pentru terapeutică, ca şi perioada bolii acute. Convalescenţa trebuie concepută ca *cea mai preţioasă perioadă a recuperării* şi, de aceea, atît aprecierea duratei acestei perioade, cît şi conţinutul ei terapeutic, *trebuie apreciat la nivelul optim.* Medicul nu trebuie să uite că finalitatea actelor sale trebuie să conducă la păstrarea sau la recuperarea rapidă a sănătăţii şi la reducerea frecvenţei situaţiilor soldate cu incapacitate de muncă, dacă acestea apar. Pe bună dreptate, J. C. Sournia, cunoscut specialist francez în această problemă, se întreaba dacă convalescenţa constituie o necesitate obligatorie pentru toate afecţiunile medicale şi chirurgicale (54).

Ar trebui mai multe studii pentru *stabilirea duratei optime a convalescenţei* şi implicit a activităţii de recuperare în această perioadă. Deseori, durata convalescenţei este apreciată în mod subiectiv şi deci variat de către fiecare medic. Astfel, într-o anchetă făcută de Sournia printre 201 chirurgi asupra duratei convalescenţei după cura radicală de hernie inghinală, răspunsurile acestora au variat de la 7 zile la 3 luni, majoritatea situînd durata acestei convalescenţe între 35 şi 45 de zile.

Convalescenţele prelungite, fără program de recuperare, „adinamice", contribuie adesea la întîrzierea recuperării capacităţii de

Scanned with CamScanner

muncă. Dimpotrivă, prescrierea corectă a activității de recuperare (variate „proceduri") va conduce la scurtarea considerabilă a duratei incapacității temporare de muncă. Un exemplu concret, citat de noi într-un editorial (55) privea un studiu comparativ de 3 loturi de bolnavi (56), dintre care primul lot a primit un tratament recuperator precoce, lotul 2 după 30 de zile, iar lotul 3 după 1—4 luni. În primul lot, perioada de incapacitate temporară de muncă a fost de numai 59 de zile, față de 73 de zile în lotul 2 și, respectiv, de 117 zile în lotul 3. Aceste cifre sînt adînc grăitoare pentru eficiența economică a actului medical de recuperare aplicat precoce.

Așa cum au remarcat și alți autori, există încă prea puține studii din partea clinicienilor, cu privire la problema recuperării și convalescenței. Bibliografia de acest gen este săracă în mai toate specialitățile medico-chirurgicale. În țara noastră, în afară de lucrările Institutului de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă, amintim lucrările școlii medicale din Cluj-Napoca, privind recuperarea bolnavilor digestivi (57), a diabeticilor (58), a femeilor cu afecțiuni genitale (59), precum și lucrările unor clinici privind urmările îndepărtate ale meningitelor tuberculoase, cu aspecte psiho-sociale la adult (60) și acelea cu privire la hepatitele virale.

Domeniul de cercetare rămîne însă imens și așteaptă atenția cercetătorilor. Aceste cercetări trebuie făcute de pe poziții interdisciplinare, prin colaborare între variatele specialități medicale, cu specialiști în medicina muncii, în expertiza capacității de muncă, cu psihologi, sociologi și economiști.

În acest mod, se va putea aduce o contribuție importantă la creșterea forței de muncă a persoanelor productive și — implicit — la o mai bună stare, la creșterea calității vieții.

55) VOICULESCU M. — Economia sanitară în formarea și activitatea medicului contemporan, *Viața med.*, 1976, 10, 289.

56) STANCU I. — Studiul eficienței tratamentului balneo-fizical precoce în recuperarea unor stări posttraumatice ale membrelor, Teză de doctorat, I.M.F.-București, 1976.

57) FODOR O., MARIN FL., DUMITRESCU D. — Recuperarea bolnavilor digestivi, Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1978.

58) MARIN FL., FEKETE T. — Recuperarea în diabetul zaharat, Ed. medicală, București, 1979.

59) MARIN FL., VINȚI D. — Recuperarea femeilor cu afecțiuni genitale, Ed. medicală, București, 1981.

60) GOLĂESCU MARIA și colab. — Urmările îndepărtate ale meningitelor tuberculoase. Aspectul clinico-social la adult și copil, *Viața med.*, 1964, 11, 9, 591.

Scanned with CamScanner

41.

Riscuri ale iradierii medicale

Din cînd în cînd, în ultimele decenii, foruri de specialitate, statale ori internaţionale (O.M.S.), avertizează medicii şi populaţia asupra unor riscuri pentru sănătatea oamenilor, create de iradierea medicală a acestora, prin abuzuri de examene radiologice ori proceduri terapeutice. Aceste riscuri nu sînt de neglijat, fiind vorba de *efecte cancerigene* şi *genetice* (mutagene), care — spre deosebire de efectul lezional precoce produs de radioterapie — *pot fi consecinţe tardive a unor doze mici, dar repetate, cu caracter cumulativ.*

Se apreciază că *procedurile medicale* constînd din : *radiodiagnostic* (radioscopii, radiografii, radiofotografia în masă), *radioterapie, gamaterapie* şi *utilizarea radioizotopilor* (scintigrafii) deţin astăzi o pondere importantă (60—90%), din fondul „natural" de iradiere a populaţiei. Numărul acestor proceduri a crescut considerabil, cu fiecare an, în parte justificat, prin cuprinderea aproape totală a populaţiei, în procedurile de radiodiagnostic, dar şi nejustificate, printr-un abuz de prescrieri din partea medicilor şi mai ales prin solicitări din partea populaţiei. Pe plan mondial, experţii O.M.S. apreciază că numărul procedurilor de radiodiagnostic s-au dublat la fiecare 10—15 ani. În ţara noastră, ritmul de dublare este la 13 ani, anual efectuîndu-se 1 000 examene radiologice la 1 000 locuitori, iar această cifră creşte la peste 2 000, dacă se adaugă şi examenele radiologice dentare (61).

Evident, aceste doze sînt foarte mici, în comparaţie cu iradierea ameninţătoare de viaţă, care necesită sute de *rad*. Trebuie însă să ţinem seama că noi nu cunoaştem exact riscurile de carcinogeneză şi mutaţii, induse de dozele slabe de radiaţii. Aşa cum declară epidemiologul J. D. Boice, de la Institutul naţional american de cancer (citat de P. Hess) (62), noi trăim într-o ambianţă de slabă radioactivitate, la care ne-am adaptat în decursul vieţii. Anual, fiecare din noi primim 0,1 *rad*, prin razele cosmice şi radionuclidele, care se produc în mod natural în mediul exterior, încît într-o viaţă de 70 de ani realizăm o expunere de 7 *rad*. Iradierea medicală se adaugă la această radioactivitate naturală şi este justi-

61) BUTNARU C., SUMA S., MILU N. — Iradierea medicală a populaţiei. Posibilităţi de reducere a expunerii bolnavilor în röntgen-diagnostic, *Viaţa med.*, 1983, 30, 2.

62) HESS P. — Le risque de cancer après irradiation médicale, *Méd. et Hyg. (Genève)*, 1982, 40, 2 568.

Scanned with CamScanner

ficat să aşteptăm noi lămuriri asupra efectelor la distanţă a dozelor slabe de iradiaţii prin examenele radiologice.

Astfel de cercetări şi avertizări nu trebuie, însă, nicidecum să conducă la panică şi la decizii eronate din partea medicilor şi a pacienţilor, în defavoarea beneficiilor imense aduse sănătăţii de procedurile de radiodiagnostic şi radioterapie.

Ţinînd seama că, în aproape tot ceea ce facem în practica medicală, există un „risc calculat", trebuie să nu uităm însă regula fundamentală : este necesar cu adevărat să recurgem la o procedură medicală, care implică un anumit risc ? Beneficiul prezumat depăşeşte magnitudinea riscului ?

Cu o astfel de conduită raţională, riscurile iradierii medicale pot fi reduse la minimum.

Riscul de carcinogeneză

Faptul că iradierea poate induce cancer la om este bine cunoscut dintr-o lungă experienţă : frecvenţa cancerului pulmonar la minierii din minele de uraniu, incidenţa mai mare a cancerului de sîn la femeile, care primesc repetate fluoroscopii de torace, frecvenţa leucemiilor la japonezii din oraşele bombardate cu arme nucleare, cancerul cutanat prin iradierea tegumentului etc.

În studiul amintit al epidemiologului american J. D. Boice (63), s-a ajuns la unele concluzii importante şi s-au confirmat altele mai vechi. Astfel, chiar o singură expunere la radiaţii poate creşte riscul de cancer. Diferite organe au o sensibilitate variată faţă de radiaţii, sînul, tiroida, măduva şi cristalinul ocular (cataractă) fiind cele mai sensibile. Se cunoaşte incidenţa crescută a cancerului de tiroidă la tinerii adulţi, care au primit în copilărie iradierea capului ori a cefei (64). Pe de altă parte, nu orice formă de cancer apare cu aceeaşi frecvenţă după iradiere, deoarece se pare că leucemia este cel mai frecvent indusă. Astfel, radioterapia, aplicată altădată, acum cîteva decenii, în boli necanceroase (spondilită ankilozantă), a făcut să crească riscul de leucemie la 52 de cazuri la persoanele iradiate, faţă de 5—6 cazuri de leucemie previzibile la cei neiradiaţi (doza mijlocie de iradiere = 370 *rad*).

Ceea ce nu se cunoaşte bine este riscul de cancer după iradieri prin doze slabe, la nivelul utilizat în procedurile uzuale de diag-

63) BOICE J. D. — News and Features from N.I.H. (U.S.A.), 1982, febr., p. 10.

64) SWARTZ H., REICHLING B. — The safety of X-ray examination or radioisotope scan, *J. Amer. med. Ass.*, 1978, 239, 2 031.

Scanned with CamScanner

nostic clinic (între 100 rad și 10 rad) (61), ca și interacțiunea radiațiilor cu alți factori carcinogeni. De asemenea, sînt greu de distins cancerele induse prin radiații (care pot să apară după o latență de 25 ani), de acelea care apar în mod așa-zis spontan (prin alte cauze).

Sînt în discuție relațiile doză-efect : efect biologic proporțional cu doza, prin atingerea unei valori maxime, de „saturație" sau efect întîrziat prin atingerea unei „valori prag". Se consideră însă că nu se poate vorbi de o „doză-prag", de siguranță, neputîndu-se susține că există o doză atît de mică, încît riscul de iradiere să fie „zero" (61).

În fine, din punctul de vedere al apariției efectelor biologice, se disting efecte biologice precoce și tardive (acestea din urmă fiind mai greu de apreciat, rezultînd mai ales din studii statistice).

Riscul efectelor nocive genetice

Radiația este un cunoscut factor mutagen, posedînd riscul de a induce mutații în celulele reproductive. Se apreciază că o expunere de 25—80 *rad* dublează rata de mutații spontane (doză mult mai mare, față de acelea care țin de procedurile uzuale de diagnostic radiologic). Dar, efectele genetice sînt greu de urmărit, în timp și pe individ, necesitînd studii statistice mari, pe o populație largă, pentru a urmări efectele asupra produsului de concepție.

Efectele genetice trebuie privite, desigur, numai pentru acele grupe de vîrstă, care pot procrea, doza cu semnificație genetică reprezentînd însumarea dozelor genetice făcute de populația genetic activă, în cursul diferitelor examene radiologice (61). Mărimea acestei doze trebuie menținută la o valoare minimă, care să nu depășească 20% din valoarea radiației naturale de fond (circa 20 *rad*/an și persoană), așa cum a statuat raportul USCEAR (61).

Riscurile iradierii prin examene de radiodiagnostic

Aceste riscuri se încadrează între acelea produse prin doze slabe de iradiații și constă din leucemii, cancere diverse și efecte genetice (malformații congenitale). Apariția acestor efecte poate fi pusă în evidență numai prin studii epidemiologice.

Am amintit despre incidența crescută a cancerului de sîn la femeile, care au făcut numeroase radioscopii pulmonare pentru

Scanned with CamScanner

tuberculoză și controlul pneumotoraxului artificial. Astfel, după un studiu făcut de Mackenzie și colab. (1969), citat de (61) din 300 de femei tratate cu pneumotorax, 22 au făcut cancer de sîn, în timp ce într-un alt lot martor de 438 de femei, netratate, numai 4 au prezentat cancer de sîn. Aceleași constatări privind excesul de cancer de sîn, după repetate radioscopii, au fost făcute de J. Boice și colab. (1978) (61).

Riscuri importante privesc copiii născuți din mame iradiate în timpul sarcinii, și care au dezvoltat, ulterior, un număr mai mare de leucemii și cancere, decît aceia născuți din mame neiradiate. Excesul de risc apare proporțional cu frecvența expunerilor la iradiere. Crește, de asemenea, și riscul teratogen (malformații). Studii făcute de Stewart și colab. (65), ca și de Graham și colab. și de Mac-Mahon B., citați de (66), au estimat că o iradiere cu 1—2 *rad*, în timpul gravidității, crește riscul unei leucemii la copil cu un factor de 1,5—2. Cu privire la riscul de efecte teratogene, studiul lui Dragnea și Andreescu, citat de (61), pe 1 111 gravide iradiate, constată la acestea o proporție de 2,85% copii cu diverse malformații, față de 1,20% la femeile neiradiate. Problema pare controversată, întrucît alte studii nu sugerează că iradierea fetală la nivel de radiodiagnostic cu doze pînă la 10 *rad* ar constitui un risc pentru făt (66). Autorii nu recomandă însă examenul radiologic pulmonar, de rutină, în graviditate, considerîndu-l fără valoare practică și posibil nociv.

În utilizarea roentgendiagnosticului, ca examen de masă, trebuie reținută și opțiunea negativă a O.M.S. pentru depistarea radiofotografică de masă (screening).

Se apreciază că riscurile de iradiere, prin utilizarea de radioisotopi, sînt similare sau chiar mai reduse, în comparație cu examenele de radiodiagnostic (64).

Riscul iradierii pentru radiologi și personalul tehnic ajutător a scăzut astăzi considerabil, datorită echipamentului modern bine izolat, personalului educat și supravegherii sistematice.

Riscurile prin radioterapie

În acest caz, dozele folosite sînt considerabil mai mari față de acelea utilizate în scop diagnostic. Pentru personalul

65) STEWART A. și colab. — Malignant disease in childhood and diagnostic iradiation in utero, *Lancet*, 1956, 2, 447.
66) BONEBRAKE CH. și colab. — Routine chestroentgenography in pregnancy, *J. Amer. med. Ass.*, 1978, 240, 2 747.

Scanned with CamScanner

tehnic, riscurile sînt însă reduse, cu echipamentul tehnic actual, protector.

Situaţia pare să fie alta pentru cei supuşi terapiei prin iradiere, care sînt expuşi inducerii unui al doilea cancer după iradiere. Există un aviz unanim, după care sediul iradierii constituie un teren de selecţie pentru apariţia de noi tumori (67). Am amintit, în acest sens, apariţia de cancer al tiroidei, după iradierea regiunii gîtului. De asemenea, diverşi autori au comunicat apariţia de tumori secundare cu sediul în zona iradiată : adenocarcinom de colon, după iradierea pentru tumoră Wilms, cancer renal la 10 ani după iradierea unui corticosuprarenalom etc. Se apreciază că probabilitatea de a se dezvolta un nou cancer, după o perioadă de 25 ani, este de 10% (eventualitate mai frecventă la copil).

Pe un alt plan, trebuie amintite şi *leziunile tardive radiologice*, care pot să apară după radioterapie, aplicată în cazurile de boală Hodgkin, limfoame maligne, neoplasm de prostată ori iradieri perioperative pentru carcinom de rectosigmoid. Cele mai frecvente leziuni apar pe intestin (tractul gastrointestinal fiind deosebit de sensibil la radioterapie). Frecvenţa lor este de 0,5—20% din pacienţii iradiaţi (perforaţii, stenoze, fistule). Mortalitatea operatorie este mare de 42%, prin peritonită (68), sau după alţi autori de 28% (69).

Ce este de făcut ?

Toţi autorii sînt de acord că riscurile iradierii medicale pot fi reduse la minimum, dacă se respectă următoarele *recomandări :*

— Orice solicitare de examen de röntgendiagnostic trebuie să fie precedată de un amănunţit examen clinic şi să aibă o justificare bine fondată.

— În fiecare caz, trebuie cîntărit bine riscul iradierii, în comparaţie cu beneficiul care se scontează prin examenul cerut, evitîndu-se orice examen radiologic inutil, care nu aduce nici un aport, ca şi examenele cerute de persoane necompetente ori exa-

67) OEHME J. — Nouvelles tumeurs après radiotherapie et chimiothérapie, *Hexagone Roche*, 1982, 1, 9.

68) BAER U. şi colab. — Strahlenspätscheaden am Darm, *Münch. med. Wschr.*, 1981, 123, 503.

69) KOSLOWSKI L. — Strahlenfolgen in der Chirurgie, *Münch. med. Wschr.*, 1981, 123, 637.

menele repetate în mod abuziv. În acest mod, examenele radiologice se pot reduce cu 30% (70).

— Respectarea tuturor condiţiilor tehnice de protecţie şi corecta efectuare a examenelor radiologice.

— O informare corectă a medicilor şi a publicului asupra riscurilor iradierii medicale, fără a crea vreo reţinere nejustificată, faţă de marea utilitate a procedurilor radiologice atît de necesare pentru diagnostic sau terapie în medicina modernă.

42.

Sindromul Münchausen şi alte aspecte ale simulării în medicină

În decursul activităţii sale de o viaţă, medicul acumulează nu numai bogate cunoştinţe medicale, dar totodată şi o mare experienţă în cunoaşterea oamenilor, a psihologiei lor, în general a vieţii, cu toate aspectele acesteia, frecvent comune, altele mai rare, iar altele şi mai puţin obişnuite, chiar bizare. La clişeele clasice ale bolilor frecvente, recunoscute după cunoştinţele teoretice, se adaugă infinitatea formelor clinice ale acestora, a particularităţilor fiecărui caz de boală, a fiecărei suferinţe. Între acestea, se includ şi sutele de sindroame medicale, cu eponimele respective, de la sindromul Achard-Thiers pînă la sindromul Zollinger-Ellison, care cu greu încap într-o carte de mari dimensiuni (71).

Printre acestea se înscrie şi *sindromul Münchausen,* denumit astfel de R. Asher, în 1951 (72), termen greu de înlocuit, deoarece nu i se pot găsi echivalenţe acceptabile printre denumirile propuse, ca : mania spitalizării, sindromul bolnavilor peregrini, sindromul de dromomanie. Asher a dat acest nume sindromului în cinstea nemuritorului baron Karl Hieroonymus von Münchausen, care a trăit între 1720 şi 1797 în Brunswick (Germania) şi a devenit celebru prin povestirile sale extravagante referitoare la aventuri incredibile. Aceste povestiri au fost strînse şi publicate în 1785 de R. E. Raspe, mai întîi într-o ediţie engleză, tradusă apoi în germană şi în alte limbi, devenită o carte celebră şi mult gustată.

70) * * * — Rayons „X" : mise en garde aux Etats Unis, *Méd. et Hyg. (Genève),* 1979, 37, 966.
71) DURHAM R. — Encyclopedia of medical syndromes, P. Hoeber Inc., New York, 1962.
72) ASHER R. — Münchausen's syndrome, *Lancet,* 1951, *1,* 339.

Scanned with CamScanner

În ce constă sindromul Münchausen ?

Acest straniu și rar sindrom, pe care mulți medici l-au văzut, dar despre care s-a scris puțin, se caracterizează prin :

— un episod dramatic de abdomen acut sau de hemoragie catastrofică sau de pierdere acută a conștienței, dovedit ulterior ca ireal ;

— repetate solicitări de ajutor medical urgent, pentru pretinse boli acute ;

— evidențierea unor cicatrice, frecvent abdominale, după repetate operații, precum și a unui dosar imens de acte și analize medicale.

Un exemplu tipic, publicat recent în *Brit. Med. J.* și reprodus în presa noastră (73) este cel al unui cetățean englez, care în decurs de 30 de ani a recurs la 200 de internări în 68 de spitale diferite, ceea ce a costat serviciul de sănătate britanic suma de 1 milion de lire sterline (!). Deși, în acest timp, pacientul a suferit în realitate numai de o fractură de picior, cunoștințele sale medicale, căpătate de-a lungul anilor, i-au permis să simuleze numeroase boli, supunîndu-se la numeroase analize, tratamente și intervenții chirurgicale. Ultima faptă, prin care s-a făcut cunoscut, a constat din simularea unui leșin de stradă, pentru care a fost spitalizat de urgență în orașul Inverness din Scoția. Identificat după cîteva zile, a ieșit din spital declarînd : „aveam chef de o schimbare ; n-am fost niciodată pe aici".

Subterfugiile la care recurg aceste bizare persoane sînt variate, dar după Asher (72) se rezumă la următoarele 3 varietăți :

— tipul acut abdominal, care duce în general la o laparotomie de urgență, acceptată cu satisfacție de așa-zisul pacient *(laparotomophilia migrans)* ;

— tipul hemoragic *(haemorrhagica histrionica)*, specializat în pretinse hemoragii abdominale, pulmonare sau chiar renale (punînd sînge în urină) (74) ;

— tipul specializat în episoadele neuropsihice (neurologia diabolică) : leșinuri, convulsii, paralizii.

Cum se explică acest sindrom ?

Spre deosebire de simulanții, care urmăresc un scop precis prin ceea ce fac (concediu ș.a.m.d.), persoanele cu acest sin-

73) * * * — *România liberă*, 22.V.1979.

74) ATKINSON R., EARLL R. — Münchausen syndrome with renal stones, *J. Amer. med. Ass.*, 1974, 230, 89.

drom nu urmăresc să cîştige ceva. Ei mint din plăcerea de a minţi, inventează simptome, dau adrese false, nume false, ocupaţii false. Ei se supun unor explorări laborioase şi supărătoare, unor operaţii dificile, fiind de acord chiar cu orice exereze de organ : apendice, splină, rinichi etc. Ei prezintă numeroase cicatrice postoperatorii, sechele de trepanaţie craniană, după care pot fi suspectaţi şi identificaţi. Motivarea acestor intervenţii şi analize rămîne fără sens, ei peregrinînd din spital în spital, sau chiar în cadrul aceluiaşi spital, pînă cînd găsesc un alt medic care să-i creadă. Boala apare la ei „ca o profesiune" (75).

Un studiu psihiatric al acestor bolnavi nu s-a făcut încă. De altfel, ei se sustrag imediat unui astfel de examen, cînd li se propune. Poate că aceşti oameni manifestă totuşi simptome de isterie, iar alţii sînt schizofrenici ori sociopaţi (76).

Perturbările pe care el le creează unităţilor sanitare nu sînt de neglijat, deoarece duc la cheltuieli inutile pentru stat, la un consum de timp pentru medici şi, cel puţin, la încercarea sagacităţii lor clinice. Nu se cunosc cazuri vindecate. S-au încercat : hipnoza, psihoterapia (78).

Febrele simulate

La tipurile specializate în simularea unor anumite urgenţe medicale, trebuie adăugat şi tipul specializat în simularea febrei *(factitious fever, fièvre factice, falsa febră)* (77). Se ştie că elucidarea etiologiei febrelor de origine neprecizată necesită lungi şi costisitoare investigaţii (hemoculturi, uroculturi, examene hematologice, variate examene paraclinice etc.). În cadrul febrelor neprecizate, *falsele febre* reprezintă o proporţie de 2—6%, după cum arată Fricourt (77), citînd între alţii, pe Rumans şi Vosti *(Amer. J. Med.*, 1978, 65, 745), cu o statistică de 11 cazuri din 506 bolnavi cu febră neprecizată (2,2%), precum şi o altă serie cu o proporţie de 6,5%.

Cazuistica clinică oferă variate exemple de false febre, produse prin diferite procedee. Unul din cazurile ilustrative ca procedură,

75) ASHER R. — Malingering in : „R. Asher, talking sense", Pitman Medical Publishing, Londra, 1972.
76) SPIRO H. R. — Chronic factitious illness : Münchausen's syndrome, *Arch. gen. Psychiat.*, 1968, 18, 569.
77) FIRCOURT P. — Fièvre factice et syndrome de Münchausen, *Nouvelle Presse méd.*, 1979, 8, 1 976.
78) IRELAND P. şi colab. — Münchausen's syndrome, *Amer. J. Med.*, 1967, 43, 579.

Scanned with CamScanner

a fost diagnosticat în Spitalul clinic de boli infecțioase Colentina (București). Pacientul era un bărbat tînăr, provenit dintr-un alt spital, unde primise pentru o febră prelungită cantități enorme de variate antibiotice. De la început, a impresionat prin frisoanele și febra înaltă pe care le prezenta și pentru care, după recoltarea mai multor produse pentru examene bacteriologice și alte examene paraclinice (rămase negative), s-a început — din prudență — un tratament antimicrobian, bolnavul fiind supus totodată unei supravegheri atente. Aparent, timp de cîteva zile, nu s-a descoperit nimic, care să ne facă să suspicionăm o febră artificială, febra evoluînd cu frisoane. Pînă la urmă, însă, unul din medici, rămas timp îndelungat lîngă presupusul pacient, a descoperit manopera folosită : acesta începea prin a simula un frison *lege artis*, cu clănțănit de dinți și tremurături ale întregului corp, după care solicita sorei medicale impresionate — să fie învelit cu pături, sub care bineînțeles, freca termometrul, care urca la 40°. Totul părea plauzibil : frison precedînd febra, dar supravegherea atentă a medicului de serviciu a dus la descoperirea fraudei.

Recent, s-a relatat (79) lungile căutări și dificultăți pentru elucidarea unei febre neprecizate (însoțită de bacteriemii polimicrobiene trecătoare, cu germeni saprofiți), care pînă la urmă s-a dovedit a fi o febră artificială : bolnava își autoinocula periodic salivă, pe cale intravenoasă, cu o trusă de injecții pe care o purta în geantă.

Alte aspecte ale simulării bolilor

În afară de pacienții cu preocupări cronice de simulare, încadrați în sindromul Münchausen, la care boala apare aproape ca o profesiune sau cel puțin ca o preocupare importantă a vieții, există variate forme de simulare a bolii, efectuate într-un scop bine deliberat, ca : obținerea unui concediu medical, pentru a scăpa dintr-o situație grea ori dintr-un pericol oarecare („boala-alibi") ; dorința de a cîștiga o mai bună poziție materială sau o pensie confortabilă („boala-profit"). Asher citează cazul unui soldat englez, suferind de hemofilie, care a simulat o apendicită (pentru a obține un concediu), ceea ce a avut ca urmare apendicectomia, dar după care a prezentat hemoragii atît de mari, încît a necesitat transfuzii cu peste 10 litri de sînge (75).

79) * * * — Factitious fever, *New Engl. J. Med.*, 1979. 301, 988.

Scanned with CamScanner

Se cunosc adevărate tehnici de simulare a unui erizipel (prin frecarea tegumentului cu spînz), a unei caverne tuberculoase (prin pictarea cu barium pe torace) etc.

Stări psihice de graniță în domeniul simulării

Există variate boli psihice ori psihopatii la limită, care — deși stau la baza imitării ori producerii unor boli — nu sînt simulări în adevăratul sens al cuvîntului, neavînd un scop definit. Aici, se cuprind cazurile de isterie, în care imitarea unei boli constituie un refugiu, o căutare de confort, marea categorie a ipohondrilor (pentru care boala apare ca un „hobby"), nevrozele obsesive (nozofobia obsedantă), precum și, ceea ce s-a denumit de la Molière încoace, „bolnavul închipuit".

„Bolnavul închipuit" este o persoană, care se crede bolnav de o boală pe care nu o are, el trebuind bine deosebit de cel care simulează, care știe bine că nu suferă de acea boală (pe care o simulează). Eticheta de „bolnav închipuit" trebuie privită însă cu multă prudență : deseori aceștia nu sînt bolnavi închipuiți, ci bolnavi ignorați ! Pe de altă parte, și un astfel de bolnav se poate îmbolnăvi adesea în mod real.

Diagnosticul simulării : o infinită prudență !

Cazurile de simulare pot fi recunoscute numai printr-o mare experiență a medicului, după discordanța dintre manifestările grave pe care aceste persoane le acuză și starea lor generală bună de nutriție, pulsul normal, V.S.H. și alte examene de laborator și paraclinice normale. Suspiciunea unui astfel de diagnostic este sugerată și de repetatele spitalizări și examene, de multiplele rețete și cicatrice postoperatorii, pe care astfel de persoane le posedă, în cadrul sindromului Münchausen.

Este însă prudent ca abordarea unui astfel de diagnostic — boală simulată ori sindrom Münchausen — să fie lăsată ca o ultimă eventualitate în elaborarea oricărui diagnostic.

Conduita corectă a medicului este, mai întîi, de a crede pe bolnav, de a înregistra cu grijă suferințele acestuia, de a le analiza cu prudență și de a le judeca în ansamblul datelor subiective

Scanned with CamScanner

și obiective, culese prin mijloace clinice și paraclinice. Eroarea de a ignora sau a lua drept artefact o suferință a bolnavului, care poate duce la moartea acestuia, este prea gravă pentru ca un adevărat medic să admită să înceapă diagnosticul unui bolnav cu astfel de suspiciuni. În nici un caz, nu trebuie abuzat de o astfel de abordare a bolnavilor noștri. Este bine de amintit aici și butada lui Potain : *„il n'y a pas de fausse maladie, il n'y a que de faux diagnostic"*.

Este evident că marea experiență a medicului îl va călăuzi și spre descoperirea simptomelor și bolilor simulate, uneori cu finețea și sagacitatea unui detectiv. Poate nu este întîmplător faptul că autorul primelor romane detective a fost un medic, Conan Doyle, care a avut ca model pentru eroul său, celebrul Sherlock Holmes, tocmai pe profesorul său de clinică chirurgicală J. Bell, un clinician cu o excelentă judecată deductivă.

43.

Din sursele abuzului de medicamente

Funcția terapeutică a medicului a fost — și a rămas întotdeauna — în atenția deosebită a bolnavilor și a celor din jurul lor. De sute și de mii de ani, se așteaptă de la această funcție a medicului tot mai mult și, dacă se poate, totul : rezolvarea vindecării numai prin medicamente. De mii de ani se dorește, pentru fiecare boală, aceea „pilulă magică", în stare să vindece, fără să se mai recurgă la alte eforturi neplăcute, ca : dietă, repaus sau (ceea ce este cel mai greu) schimbarea stilului de viață.

Față de această imensă adorare a medicamentului, medicii secolelor trecute s-au aflat în dificila situație de a căuta leacurile dorite, în misterioasa și neputincioasa alchimie, sau — cu mai multe șanse — în plantele din marea farmacie a naturii. În lipsa unor medicamente eficace și a unor concepții științifice, funcția terapeutică a medicului a fost expusă, timp de secole, unor critici sarcastice din partea unor mari personalități ale trecutului. Astfel, în piesa sa, „Le médecin malgré lui", Molière punea pe Sganarelle să răspundă astfel lui Geronte, care se temea de soarta singurei sale fiice : „ea nu trebuie să moară fără o prescripție a medicului". Voltaire, un alt mare critic al societății sale, definea tratamentul medical astfel : „arta de a administra un medicament, despre care nu se cunoaște nimic, la un pacient care era cunoscut și mai puțin".

Scanned with CamScanner

Medicul modern va surîde probabil de aceste comentarii, știind de ce bogat *armamentarium* de medicamente dispune astăzi, ca și de tot atît de multe mijloace de explorare a organismului. Dar, este oare poziția sa față de medicament atît de sigură și științifică cît crede ? Se pare că nu peste tot și, mai ales, nu pentru toți. Dificultățile și erorile sînt mai complexe și mai greu de stăpînit în medicina modernă și multe aspecte din prescrierea actuală a medicamentelor sînt criticabile. În unele privințe, și mai ales printr-un exces de schematizare a prescrierilor, unii medici de astăzi nu ar fi departe de conduita simplistă a medicilor de pe vremea lui Molière. Se știe astfel că pe acea vreme tratamentul „clasic" consta din : *seignare, purgare et clysterium donare.*

Astăzi, după Task (80), după rețetele uzuale, tratamentul „modern" (exprimat într-o latină „de bucătărie") pare să fie constituit astfel : „antibioticum donare, deinde tranquillisare et hormones injectare".

Lăsînd la o parte aceste ironii, vom încerca să ne referim la una din cele mai frecvente erori ale terapiei cu medicamente, și anume : *utilizarea abuzivă* a acestora, denumită și *polipragmazie* sau *polifarmacie.*

Incompetența profesională

Multitudo remediorum est filia ignorantiae, spunea Fr. Bacon (1561—1626). Această veche și mereu adevărată observație a marelui filosof, relevă — credem — prima și cea mai importantă sursă a polipragmaziei : *ignoranța, lipsa de cunoștințe și lipsa unei concepții științifice în diagnostic și tratament.* O astfel de lipsă, etichetată drept *incompetență profesională,* este cea mai gravă, iar medicul respectiv se acoperă (de răspunderi) cu cît mai multe prescrieri de medicamente, pentru fiecare eventualitate sau probabilitate de diagnostic. Acest procedeu de „acoperire", prin prescrierea de lungi rețete cu medicamente, din cele mai variate și cît „mai largi ca spectru", înseamnă adbicarea de la orice responsabilitate terapeutică. Un astfel de medic, care nu mai poate controla administrarea medicamentelor, s-ar putea asemăna cu ucenicul vrăjitor, care nu mai putea stăpîni forțele declanșate prin însăși nepriceperea sa.

Cît de frecvente sînt aceste ignoranțe și erori ?

Vom da cîteva exemple din domeniul antibioterapiei.

80) TASK M. — Trends in industrial pharmaceutical research, *Chemistry and Industry,* 1961, *34,* 1 326.

Se precizează astfel, după o anchetă făcută în S.U.A., că 50% *din indicaţiile de antibiotice la cei spitalizaţi sînt nejustificate* (81). Multe din acestea sînt prescrise în scop dubios, profilactic, sau pentru tratamentul unor infecţii virale, banale, sau în stări febrile nediagnosticate.

După o anchetă făcută într-un spital din Zürich, numai 61% din prescrierile de antibiotice s-au apreciat a fi raţionale, 23% fiind neraţionale, iar 16% fiind discutabile (82).

După un test cu 50 de întrebări, privind cunoştinţele medicilor practicieni asupra folosirii antibioticelor, efectuat pe 4 513 medici din S.U.A., s-a obţinut un punctaj corect numai în 68% pentru toate chestiunile puse. Medicii cu practică recentă (absolvenţi de 1—5 ani) şi cei din spitale au dat răspunsuri mai bune decît cei cu practică mai veche şi medicii generalişti (83).

Situaţii similare există probabil în toate ţările şi, desigur, pentru toate medicamentele. Există un abuz în domeniul laxativelor, în folosirea vitaminelor (poate cel mai nevinovat), al hormonilor (cu grave riscuri), al analgezicelor, al psihotropelor (cu riscurile cunoscute), al hipnoticelor etc. Peste 25 de milioane de reţete cu hipnotice se prescriu anual în S.U.A. (84).

Comoditate în practica medicală

Diagnosticul necesită un anumit efort, uneori chiar mult şi prelungit. Din această cauză, unii medici preferă să înlocuiască diagnosticul cu simple supoziţii şi să prescrie mai multe medicamente, în mod succesiv sau deodată, în speranţa că unul sau altul să vindece bolnavul. Treptat, prin obişnuinţă şi comoditate, ei ajung să-şi formeze din această atitudine o conduită curentă, abandonînd concepţia ştiinţifică în diagnostic şi tratament, înţeleasă ca o terapie „ţintită", bazată pe diagnostic.

Conduită terapeutică iresponsabilă

Moda terapeutică, mirajul unor medicamente noi (mai ales străine), insuficient cunoscute, dar însoţite de o reclamă con-

81) KUNIN C. — Antibiotic accountability, *New Engl. Med. J.*, 1979, *301*, 380.
82) WOLFANGEL U. şi colab. — Die Anwendung von Chemotherapeutika in Krankenhaus, *Schweiz. med. Wschr.*, 1975, *105*, 1 047.
83) NEU H., HOVREY S. — Testing the physician's Knowledge of antibiotic use, *New Engl. J. Med.*, 1975, 293, 1 291.
84) ELLIOTT J. — Physician prescribing practices criticized, *J. Amer. med. Ass.*, 1979, *241*, 2 353.

Scanned with CamScanner

sistentă, creează o atmosferă propice pentru polifarmacie, ca și dorința de a impresiona bolnavul sau familia sa.

Cum s-ar putea explica altfel, următoarea rețetă kilometrică, prescrisă de un medic pentru un caz de encefalopatie infantilă, reținută de noi, în 1968, cu ocazia unui control ? În rețetă, erau prescrise nu mai puțin de 16 medicamente pentru boala respectivă : Buerlecitin, Cerebrolizin, Otoneurin, Encefabol, Fenobarbital, Fenitoin, Trepal, Napoton, Multiglutin, Glicocol, Vitamina B_1, B_6, B_{12}, Fosfobion, A.C.T.H. retard și Penicilină (!).

S-a gîndit oare medicul la capacitatea de toleranță a acelui copil față de atîtea medicamente, la interacțiunile medicamentoase posibile sau la reacțiile adverse ale fiecărui medicament prescris ?

Cedarea în fața solicitărilor bolnavilor

Sînt medici care cedează cu ușurință în fața presiunilor unor bolnavi, avizi de medicamente, și — pentru a le face plăcere — abdică astfel de la conduita corectă științifică. Prescrierile pentru efectul *placebo* (pentru a face plăcere bolnavilor, pentru un efect psihologic) contribuie la utilizarea abuzivă. Astfel, 10% din prescrieri în S.U.A. sînt de tip placebo, iar în Anglia se apreciază că 40% din pacienți primesc un medicament placebo.

Alți medici prescriu mult de teamă că bolnavii respectivi să nu recurgă la alți medici „mai generoși".

Mulți medici mărturisesc însă că prescriu mult pentru că dispun de puțin timp pentru a examina și a discuta cu bolnavii. În loc de a da lămuriri, sfaturi și a face educație sanitară, este mai ușor de prescris cîte un medicament pentru fiecare simptom sau pentru fiecare suferință acuzată de bolnav.

Automedicație și toxicomanii medicamentoase

Automedicația, în special cu analgezice, tranchilizante, somnifere etc., constituie un factor major al abuzului de medicamente, fiind cu atît mai mare, cu cît cultura sanitară a populației este mai slabă și informarea despre medicamente mai imperfectă. Automedicația este numai în parte justificată de stilul de viață modern (mai ales citadin : aglomerație, zgomot, excese alimentare), fiind mai ales întreținută de atmosfera creată în jurul medicamentului, ca factor miraculos al vindecării (mirajul medicamentului nou, moda medicamentoasă, imitația).

Scanned with CamScanner

Este uimitor de constatat cu cîtă iresponsabilitate unii pacienți recurg la cantități enorme de medicamente, prescrise de diferiți medici sau procurate direct din farmacii. Un exemplu instructiv, în acest sens, este acel al unei profesoare în vîrstă de 46 de ani, consultată de noi în 1967, la care am diagnosticat : pielonefrită colibacilară, anemie hemolitică și sindrom depresiv anxios. Cu această ocazie, am aflat de modul cum pacienta s-a tratat și mai ales autotratat, în ultimii 3 ani, luînd aprox. 32 000 de comprimate și fiole în greutate totală de 12 kg și 118 grame (aspirină, piramidon, algocalmin, codamin, cofedol, clorpromazin, levopromazin, meprobamat, napoton etc.). În anumite perioade, pacienta a ingerat cîte 20—40 de comprimate pe zi (analgetice, tranchilizante, hipnotice) !

În S.U.A. (San Francisco), după un studiu făcut de Mollinger și Cobal (citat de Swanson), 38% din femei și 23% din bărbați utilizează un medicament psihotrop.

Prin fenomenul de obișnuință, se dezvoltă toleranța la medicament, încît 90% din pacienții care abuzează de un medicament ajung să consume de 2—20 de ori doza folosită inițial (situație de dependență de medicament, foarte periculoasă pentru sănătate).

Variați factori de abuz

Există factori individuali, care intervin în consumul excesiv de medicamente. Există medici „scumpi", care prescriu mult, și medici ponderați, care prescriu rațional. Astfel, se explică de ce unele clinici ori spitale consumă cu 50—100% mai mult la capitolul medicamente, decît altele cu profil similar de bolnavi, spre indignarea organizatorilor de sănătate și a economiștilor.

Se observă că specialiștii prescriu mai mult decît medicii generaliști și, în general, consumul de medicamente crește cu cît densitatea de medici este mai mare într-o zonă.

Se mai constată că pacienții vîrstnici (peste 65 de ani) consumă de 3 ori mai mult medicamente decît cei sub această vîrstă (85).

În fine, în țările capitaliste *publicitatea comercială*, privind medicamentele, exercită o influență considerabilă asupra prescrierii de medicamente, crescînd abuzul de prescrieri din partea medicilor și favorizînd totodată automedicația populației.

85) DONALD R. T. — Drug use, *J. Amer. med. Ass.*, 1974, *230*, 888.

Scanned with CamScanner

Soluții

Implicațiile abuzului de medicamente asupra sănătății populației (patologia medicamentoasă), precum și cele de ordin economic, sînt bine cunoscute astăzi și mii de publicații au atras atenția asupra lor, ajungînd pînă la diatribe violente contra medicamentului („Quo vadis medicamentum" ?) sau chiar negînd necesitatea lor (nihiliști terapeutici).

Există însă soluții raționale pentru *bunul uz* al medicamentelor, dintre care amintim cîteva :

— *Studii asupra consumului de medicamente* pe unități și zone și a cauzalității abuzului ; o abordare epidemiologică a terapeuticii medicamentoase prin studii populaționale și de farmacovigilență.

— *Formarea și perfecționarea unei gîndiri științifice în terapeutică*, prin lectură și deprinderea regulilor de a merge pe drumul terapiei științifice (86)(87). Gîndirea științifică trebuie să aparțină ca o caracteristică majoră tuturor medicilor.

— *Un control mai atent în spitale asupra prescrierilor de medicamente.* Un medic șef de secție poate oricînd suprima 20—30% din medicamentele prescrise de colaboratorii săi, fără a afecta vindecarea bolnavilor.

— *Situarea medicamentului în locul just pe care trebuie să-l ocupe în terapeutică.* Ori de cîte ori apar semne de intoleranță, ori de excese terapeutice, un medic înțelept trebuie să declare „pace medicamentoasă" pentru bolnav ! În spitale, un comitet de supraveghere a prescrierilor și a evidenței reacțiilor adverse, va fi totdeauna util.

— *Informarea continuă* a medicilor și a populației asupra valorii medicamentelor și a reacțiilor lor adverse.

Să ne amintim că *sănătatea nu se vinde în farmacii !* În marea farmacie a naturii, se găsesc plantele medicinale, mai puțin (ori de loc) toxice, în comparație cu medicamentele de sinteză.

Prin aceste cîteva soluții, vom putea reda medicamentului poziția justă în terapeutică și vom evita a cădea în acea butadă a medicului și scriitorului din secolul trecut Oliver Wendell Holmes, care — acum peste un secol (în 1860) — se exprima astfel despre medicația de atunci :

86) MOGA A., ORHA I. — Gîndirea și metoda științifică în terapeutică, *Clujul medical*, 1957, 3, 5.
87) VOICULESCU M. — Din sursele polipragmaziei, *Viața med.*, 1970, 21, 962.

Scanned with CamScanner

„Eu cred ferm că, dacă toată *materia medica* (medicația) ce se folosește acum s-ar arunca în fundul mării, ar fi cel mai bine pentru om și cel mai rău pentru pești".

44.

Îngrijirea bolnavilor cu prognostic infaust

Una din problemele, care se pune astăzi tot mai frecvent în practica medicală, este aceea a îngrijirii bolnavilor cu prognostic infaust, a bolnavilor fără speranță, îndeosebi în partea finală a existenței lor : *îngrijirea celor muribunzi (terminal care).* Variatele aspecte ale problemei au suscitat unele discuții și chiar subiectul unor conferințe și cărți, în ultimul timp, vizînd nu numai soluții organizatorice și tehnice, dar mai ales aspecte psihice și umanitare (88)(89).

Decesul celui incurabil : în spital sau acasă ?

Una din problemele care se discută mult este aceea : unde să fie îngrijit bolnavul incurabil, în perioada sa finală : în spital ori acasă ? Decizia depinde în mare parte de atitudinea bolnavului și a familiei, de motive sociale și umanitare, de etiologia bolii, de opinia medicului, precum și de resursele instituțiilor spitalicești. În multe țări, proporția deceselor care au loc în spital variază între 60 și 80% din totalul deceselor și este sigur că va reveni spitalelor, din ce în ce mai mult, asistența celor muribunzi. În prezent, spitalele se află frecvent confruntate cu problema ocupării prelungite a unor paturi cu cei muribunzi. Se fac de pe acum calcule asupra proporției de paturi, care vor fi necesare în acest scop.

Oricum ar fi, decizia reținerii în spital trebuie să depindă, în primul rînd, de considerente medicale, sociale și umanitare, și nu economice. Este evident că, ori de cîte ori spitalizarea poate oferi pentru muribund șanse certe de prelungire a vieții, aceste șanse nu pot fi refuzate bolnavului. Există, de altfel, o motivare puternică, pentru ca spitalul să rețină bolnavul muribund, mai ales în boli acute, traumatisme etc. Este atît de imprudent în astfel de cazuri de a stabili un prognostic infaust ! Orice clinician cu expe-

88) * * * — Care of the dying, *Brit. Med. J.*, 1973, 1, 29.
89) SCHOENBERG B. și colab. — Psychosocial aspects of terminal care, Columbia Univ. Press, 1972.

Scanned with CamScanner

rienţă ştie cît de greu este de a face un prognostic şi cît de imperfecte pot fi uneori previziunile noastre. Se cunosc situaţii de întîlniri ulterioare între medic şi bolnavi, cărora acelaşi medic le stabilise în cursul bolii un prognostic infaust. Unele precipitări în a evalua apropierea şi realitatea morţii pot lua aspecte medico-legale (90).

Prudenţa, eterna înţelepciune a practicii medicale, recomandă spitalizarea pentru îngrijire a celor muribunzi. În funcţie de vîrstă, atitudinea trebuie să fie şi mai netă : pentru copiii mici, nu se poate concepe decît spitalizarea, orice deces survenit la domiciliu, punînd în discuţie neutilizarea mijloacelor maxime, pe care le oferă medicina modernă, pentru salvarea unor astfel de cazuri, mai ales la o vîrstă cînd recuperarea are posibilităţi mai mari.

Desigur, persoanele vîrstnice trebuie să se bucure de tot atîta atenţie şi efort. Ar fi o gravă încălcare de etică medicală, de a abandona îngrijirea unui bătrîn cu o boală incurabilă. Se ştie cîte proteste a stîrnit în Anglia decizia unui medic şef de spital, de a nu mai aplica măsurile de reanimare, la persoane în vîrstă de peste 65 de ani cu boli incurabile, folosind formula : *not to be ressuscitated !* (91).

Între o prea rapidă renunţare şi terapia „îndărătnică"

Există numeroase discuţii pentru stabilirea acelei limite : între prelungirea vieţii şi prelungirea actului de a muri (92)(93). Dar este atît de dificil de a stabili ireversibilitatea în fiecare caz în parte ! Există autori cu o concepţie foarte netă, în acest sens, care spun că orice medic bine pregătit poate distinge această limită. De asemenea, mulţi pledează pentru a pune bolnavii în faţa realităţii : să spunem acestora adevărul, luptînd contra ignoranţei şi acelor „tabu"-uri legate de moarte. „Medicul şi pacientul să aibă înţelepciunea de a accepta moartea ca un aspect natural al vieţii" (5).

Fără a intra în problema atît de complexă a medicinii cu privire la adevărul care trebuie relatat bolnavului, trebuie să subli-

90) PERCEK A. — Vita minima, *Viaţa med.*, 1973, 20, 11, 520.
91) DUREGARD H. — Entre la vie et la mort, *Médecine de France*, 1967, 187, 41.
92) BALTZELL W. — The dying patient, *Arch, intern. Med.*, 1971, 127, 101.
93) COLLINS V. — Limits of medical responsability in prolonging life, *J. Amer. med. Ass.*, 1968, 206, 389.

Scanned with CamScanner

niem încă odată, ceea ce mai afirmam în altă parte (94), că *în stilul de muncă, trebuie să prevaleze perseverența și entuziasmul în terapeutică.* Numai o astfel de atitudine, de terapeutică încăpățînată, îndărătnică, de *nerenunțare,* depășind acel *status presens* al terapiei, a putut să aducă nu numai la salvări ce păreau miraculoase, dar și la noi orizonturi terapeutice (94). Așa s-au născut, probabil, reanimarea, terapia intensivă, transplantele de organe, în ciuda celor sceptici sau a celor stăpîniți prea mult de rațiuni economice. Medicul trebuie să fie condus permanent de umanism și încrederea sa în progresul medicinii. În acest sens, ni se pare ilustrativ răspunsul lui Cooley, la așa-zisul proces ce i s-a făcut în legătură cu transplantele de organe. El a răspuns astfel la întrebarea, pentru ce a făcut acele grefe : „Pentru că aveam sub ochi chinuitorul spectacol cotidian al sălilor spitalului. Oameni în agonie, condamnați să moară în cîteva ceasuri. Știți ce înseamnă să dai acestor nefericiți o oră, o zi de viață în plus ? Știți ce înseamnă pentru ei să revadă soarele, soția, casa ? Aceasta este, după mine, justificarea grefelor" (citat după *90).*

Aceasta este adevărata conduită a medicului : a lupta pentru conservarea vieții și sănătății bolnavului, cît mai mult și mai bine posibil.

Importanța îngrijirii „terminale"

În cadrul conceptului de a prelungi cît mai mult viața bolnavului, se situează ceea ce s-a numit „îngrijirea terminală", îngrijirea bolnavilor muribunzi.

„Aceasta începe acolo unde responsabilii de îngrijire recunosc că nu mai pot lupta pentru vindecare, ci numai pentru prelungirea vieții și a suprimării suferinței, cît mai mult timp posibil" (89).

Se poate vorbi deci de *un anumit stadiu al terapeuticii,* cu anumite *particularități organizatorice, tehnice, psihice și sociale.* Se poate afirma că acest stil de terapeutică trebuie învățat și predat în învățămîntul medical, fiind deseori în situația de a fi aplicat în practică.

Acest stadiu, al „îngrijirii terminale" intră în *continuitatea îngrijirii medicale,* la care trebuie să participe echipa sau medicul, care a îngrijit pînă atunci bolnavul. Acesta nu poate și nu trebuie să fie abandonat, odată ajuns în acest stadiu al îngrijirii sale.

94) VOICULESCU M. — Perseverență și scepticism în terapeutică, *Viața med.,* 19, 22, 1 009.

Dacă s-a spus că medicul trebuie să meargă pînă la capăt, pe drumul vindecării bolnavului, oricît de lung ar fi acesta, este tot atît de necesar și mai ales uman, de a face acest lucru și pentru bolnavul care se îndreaptă spre faza terminală.

Singurătatea celui care moare și obligațiile noastre

On mourra seul, spunea cîndva Pascal, iar cel care citează această veche aserțiune (95) este convins de singurătatea fiecărei ființe umane în cursul unei boli severe și, mai mult decît atîta, în apropierea morții sale (95). Trebuie să recunoaștem, într-adevăr, că „cei mai mulți pacienți ajunși în stadiul terminal, sînt înconjurați de o conspirație a tăcerii, a evitării lor, a anxietății și a fricii" (89). Se realizează astfel *o moarte prematură psihosocială a acestora,* înainte ca viața lor să fi încetat realmente. O astfel de izolare, medicală și umană, a bolnavilor a căror evoluție merge spre exitus, survine atît de des, încît putem vorbi de unul din aspectele cele mai dure și mai dureroase ale experienței ființei umane. Oricîte considerente administrative sau economice s-ar invoca, nimic nu poate trece înaintea obligației umanitare de îngrijire atentă a bolnavilor cu prognostic infaust. Este vorba nu numai de prelungirea vieții, pe cît posibil mai mult, cît și de o *asistență psihică cît mai adecvată.*

„Viața biologică, viața umană, orice viață, este o extraordinară șansă" (95), și nici o ființă umană nu poate renunța la prelungirea acesteia, iar noi medicii sîntem obligați să o asigurăm, prin toate mijloacele posibile.

În același timp, ceea ce se uită cel mai adesea, trebuie asigurată acestor bolnavi, o *foarte atentă îngrijire psihică.* De aceea, arta și priceperea medicului trebuie să se reunească în această asistare a bolnavului muribund, prin : atenția zilnică și constant acordată în continuare, cuvinte de încurajare, destindere, simpatie, totul pentru ca acesta să nu încerce senzația de a fi fost părăsit. O astfel de atitudine intră în atribuțiile adevăratului medic clinician, iar bolnavul și familia sa sînt cei care o recunosc și o resimt cel mai bine. O astfel de atitudine a medicului contribuie la aureola umanitară, care caracterizează de veacuri profesiunea medicală.

În acest sens, vom înțelege mai bine, cuvintele de mulțumire pe care le adresează medicului familia celui decedat, cu toată pier-

95) SNOUW C. P. — Human care, *J. Amer. med. Ass.*, 1973, 225, 617.

Scanned with CamScanner

derea suferită, dar cu recunoașterea efortului asistenței medicale depusă pînă în ultima clipă. Un astfel de exemplu, îl găsim exprimat într-o scurtă scrisoare adresată de familia unui bolnav decedat, medicului curant, un tînăr medic de la Clinica medicală din Spitalul Colentina : „În memoria unui om, căruia prin solicitudinea și simpatia ce i-ați arătat, i-ați luminat ultimele zile și care vă îndrăgise...". Într-adevăr a putea să „luminezi ultimele zile" — iată sensul uman, adevărat, al îngrijirii terminale.

Aspecte medico-juridice ale asistenței terminale

Am fi putut încheia cu cele spuse mai înainte, despre sensul uman al îngrijirii terminale, așa cum rezultă din deontologia medicală.

Iată însă că, în lumea de astăzi, această problemă comportă tot mai multe aspecte juridice și dileme etice. În circa 10 ani, o întreagă literatură medicală și juridică s-a strîns în acest sens. Au apărut diverse atitudini și concepții. Se vorbește astfel despre „dreptul de a muri", despre „dreptul de a refuza tratamentul medical", despre „moartea cu demnitate", iar în S.U.A. s-a înființat și o societate : „Society for the Right to Die" (societatea pentru dreptul de a muri).

Pe de altă parte, se recunoaște și cealaltă alternativă : voința de a trăi, „furia" de a trăi a unor persoane aflate în aceleași situații cu prognostic infaust, la care îngrijirea terminală se poate prelungi considerabil, chiar indefinit, cu mijloacele tehnice sofisticate, de astăzi. Și atunci : cine stabilește pînă cînd va fi menținută în viață, cu mijloace artificiale, o persoană care nu mai are toate organele în viață ? O decizie juridică sau una etică ? Sau va decide însăși persoana respectivă, cu condiția de a fi deplin conștientă și suficient de competentă ?

O soluție preconizată de M. Kapp (96), în S.U.A., este aceea de a se respecta dorința pacientului. În acest caz, i se cere acestuia să semneze o declarație, în situația cînd dorește să i se asigure terapia maximală *(maximum care)*, cît mai mult timp posibil, indiferent de diagnostic, prognostic sau cost financiar. O astfel de procedură pare justificată în țările cu așa-zisa „medicină liberă", în care medicul este frecvent expus unor acțiuni judiciare, din partea pacientului sau a familiei.

Dar, în situația cînd bolnavul respectiv este inconștient (sau incompetent), pentru a da o astfel de declarație, cine va decide ? Familia ? Sau numai conștiința medicului, așa cum am citat, mai înainte, cîteva exemple de cazuri trăite ?

Scanned with CamScanner

Cererea pentru o terapie maximală se înțelege pentru o durată delimitată de momentul morții. Dar, în acest caz, va trebui stabilit precis care este *definiția legală a morții,* care sînt criteriile pe care se bazează această statuare. Ca standard legal, se adoptă astăzi *moartea creierului,* fie singură, fie împreună cu criteriile cardio-respiratorii (96).

În adoptarea terapiei maximale, pentru orice caz de asistență terminală, se ridică însă și problema de cost, de economie sanitară. Este oare etic ca, pentru fiecare caz cu prognostic infaust, pentru fiecare îngrijire terminală, să se consume la maximum și în detrimentul celorlalte persoane, resursele financiare ale societății pentru sectorul sanitar ? În S.U.A., L. Laver, profesor de economie din Pittsburgh, amintea că se cheltuiesc anual pentru sănătate 60 de miliarde de dolari (6,7% din venitul național), iar în cazul cînd s-ar acorda maximum de îngrijire medicală această cifră ar crește cu 500%. În această ipoteză, s-ar ajunge în situația, nerealistă, ca 1/3 din populație să-și cheltuiască timpul îngrijind pe celelalte 2/3, precum și pe ea însăși ! (92).

Criteriul economic nu poate fi deci eludat și nici chiar subestimat. Orice efort financiar are anumite limite.

Este sigur că responsabilitatea medicală, deontologia medicală, umanismul medicului, perseverența terapeutică a acestuia trebuie să fie deasupra tuturor celorlalte criterii, în orice act de asistență medicală. Aceasta este tot atît de adevărat și în îngrijirea terminală, în terapia intensivă a cazurilor, care au (sau par să aibă) un prognostic infaust. Există motive puternice, care pledează în acest sens. Astfel, uneori prognosticul infaust poate fi infirmat și bolnavul salvat, cînd toate speranțele păreau pierdute.

Pe de altă parte, din încercările temerare și din perseverența terapeutică au rezultat marile progrese în terapie și ceea ce ni se pare astăzi ca un act ieșit din comun este foarte posibil ca mîine să devină o terapie standard. Să amintim, în acest sens, introducerea respirației asistate cu aparate *ad hoc,* de Lassen, în 1951, cu ocazia gravei epidemii de poliomielită, cu forme respiratorii din Copenhaga. Astăzi, metoda — „eroică" pe atunci — a devenit o terapie standard.

În fine, la efortul tehnic trebuie adăugată și valoarea psihologică a unei îngrijiri terminale atente, intensive și umane, prin care orice bolnav cu prognostic infaust nu va mai avea senzația părăsirii, aceea de a muri singur.

96) KAPP M. — Response to the living will furor : directive for maximum care, *Amer. J. Med.,* 1982, 72, 855.

Scanned with CamScanner

IV.

Etica medicală

45.

Noi probleme etice în medicina modernă

Se poate afirma, fără a constitui o exagerare, că — dintre toate profesiunile — medicina este cea mai mult și mai profund implicată cu probleme etice, multe dintre acestea specifice profesiunii. Astfel, se explică de ce, încă din timpuri străvechi, în profesiunea medicală, s-a conturat acel ansamblu de reguli etice, bine cunoscut sub denumirea de „Jurămîntul lui Hipocrate" (elaborat cu 2 400 de ani în urmă). Aceste reguli stau și acum la baza deontologiei medicale, inspirînd codurile de etică medicală sau fiind folosite, cu o serie de modificări, în angajamentul sau jurămîntul depus de tînărul medic la intrarea în profesiunea sa.

Tot atît de notoriu, este faptul că, între timp, medicina s-a amplificat enorm, odată cu progresul științific și tehnologic. Din ce în ce mai mult și mai variat, medicina modernă ridică noi și surprinzătoare probleme etice, uneori generatoare de dileme dificile, a căror rezolvare necesită din partea medicului mult tact, înțelegere și umanism. În mod justificat, unii medici, preocupați de deontologia medicală, atrag atenția asupra necesității de a se dezbate aceste noi probleme de etică, atît în publicații, cît și în programa învățămîntului medical. Este o datorie de onoare, am spune chiar elementară, a fiecărui profesor de clinică, a fiecărui clinician, de a orienta viitorul medic în aceste noi probleme, încă din timpul facultății.

„Învățămîntul este atît de încărcat cu probleme științifice și tehnice, încît rămîne prea puțin timp de a reflecta asupra dilemelor etice pe care le ridică" (Duncan) (1).

Interesul pentru etica profesională a medicului este astăzi atît de mare, încît în mod firesc se reflectă nu numai în presa de specialitate, dar și în cea cotidiană, ca o preocupare a întregii populații, pentru justa respectare și rezolvare a regulilor etice,

1) * * * — Ethics at medical scholl, *Lancet*, 1972, 2, 1 406.

Scanned with CamScanner

care reglementează relaţiile dintre pacient şi medic (2)(3)(4)(5).

Dintre problemele noi ale eticii medicale, vom cita cîteva care se impun mai mult atenţiei noastre şi constituie obiectul unor dezbateri foarte actuale.

Cercetarea de tip „dublu orb" cu placebo

Una din cele mai diferite şi delicate dileme morale, care se pun medicului, mai ales în clinicile universitare, este *medicina de cercetare,* prin care se recurge la experimentări şi verificări pe om. În acest domeniu, marginea într-o conduită umană, care urmăreşte odată cu respectarea securităţii bolnavului, promovarea îngrijirii medicale şi progresul ştiinţific, şi între alunecarea spre o conduită inumană, iresponsabilă, este foarte restrînsă. Numai un şef de echipă cu un deosebit simţ de responsabilitate, cu un înalt nivel etic, poate asigura conduita justă în aceste situaţii, atît de frecvente astăzi.

În medicina de cercetare, există un conflict potenţial între fidelitatea medicului faţă de pacientul său şi misiunea sa ştiinţifică de a găsi vindecarea bolii (6).

Principiul „consimţămîntului informat" din partea pacientului este foarte bun, dar cum trebuie înţeles în cercetarea „dublu orb", unde se recurge la placebo fără ştirea bolnavului ?

Recunoscînd valoarea cercetării cu placebo *, în experimentarea clinică trebuie să se ţină seama că o astfel de metodă nu poate fi aplicată în orice situaţie, pe orice bolnav şi în orice boală, în care s-ar pune în pericol sănătatea şi viaţa bolnavilor. Este raţional să se recurgă la placebo, în cadrul experimentului clinic controlat, dublu orb, numai în anumite cazuri, cum sînt : afecţiuni cronice psihice, boli digestive cronice, boli acute cu tendinţă naturală la vindecare (infecţii virale ale căilor respiratorii etc.).

2) MITROI G. — Etica profesională a medicului, *Scînteia,* 7 oct., 1973.
3) BURGHELE TH. — Poziţia medicului practician faţă de unele aspecte de etică medicală, *Muncitorul Sanitar,* 29 sept., 1970.
4) BRÎNZEU P. — Etica medicală, *Muncitorul Sanitar,* 5 ian., 1971.
5) VOICULESCU M. — Relaţiile dintre pacient-medic, *Viaţa med.,* 1967, 15, 1 009.
6) RAMSEY P. — The ethics of a cottage industry in age of comunity and research medicine, *New Engl. J. Med.,* 1971, 284, 700.

*) Denumirea de *placebo* înseamnă *ad literam :* „voi place, îţi voi face pe plac" (timpul viitor al verbului latin *placeo-placere),* semnificînd, în experimentarea unui medicament, nuanţa de subiectivism, efectul psihic de sugestie asupra unei persoane, prin folosirea unei substanţe inerte, farmacologic inactivă, dar cu aspect exterior similar medicamentului activ. Este posibil să se obţină astfel un efect „placebo", similar cu al medica-

De asemenea, trebuie evitată orice substanță placebo, care ar fi contraindicată. O altă soluție ar fi ca, pentru aspectul comparativ al experimentării, să se folosească drept placebo (cu același aspect exterior) un medicament folosit în mod uzual pînă atunci. Dar, și în acest caz, experimentul trebuie oprit la un moment dat, cînd devine evident că unul din medicamente este cu mult mai activ.

Oricum, metoda dublu orb cu placebo trebuie rezervată numai unor spitale alese ca bază de experimentare, unde trebuie să existe o comisie responsabilă de experimentare, pe plan științific și etic. Peste aspectele etice ale utilizării de placebo nu trebuie trecut cu ușurință. Așa cum remarca un autor (8), din circa 1 500 de articole despre placeboterapie, apărute între 1976 și 1978, numai 18 din acestea se ocupau și cu aspectele etice ale folosirii de placebo.

Cu toate dificultățile, ambele misiuni ale medicului — de a păstra sănătatea individului, de a promova sănătatea societății, prin noi cuceriri științifice — pot fi conciliate și rezolvate prin respectarea unor reguli etice ale experimentării pe om, formulate deja în diferite reuniuni internaționale și pe care le analizăm într-un alt capitol.

Diagnosticul prenatal în boli genetice

Bolile cu caracter genetic, în număr de peste 1 500, sînt responsabile de nașterea unor copii handicapați, dificil și costisitor de îngrijit sau care grevează statistica mortalității infantile.

În ultimul timp, tehnici moderne permit precizarea prenatală a unor boli determinate de anomalii cromosomiale, cu erori de metabolism sau cu malformații (9). Printre acestea, puncția transamniotică pare să aducă rezolvări importante în diagnosticul prenatal al tarelor ereditare. Dar, în acest mod, se ridică probleme juridice și etice, cu privire la conservarea sau menținerea unui astfel de făt. Care va fi atitudinea medicului în astfel de cazuri, față de decizia familiei și interesul societății ? Probleme și mai dificile va pune manipularea genetică, care ridică temeri serioase asupra modului cum va fi folosită.

mentului, activ în 20—60% din cazuri (7) (îndeosebi la persoanele „placebo-reactive").
7) DOBRILLA G., FELDER M. — Placebo, *Dtsch. med. Wschr.*, 1979, 104, 1 023.
8) SILBER T. S. — Placebo Therapy : the ethical dimension, *J. Amer. med. Ass.*, 1979, 242, 245.
9) MILANSKY A. și colab. — Prenatal genetic diagnosis, *New Engl. J. Med.*, 1970, 283, 1 370 și 1 498.

Scanned with CamScanner

Etica consultului medical într-o epocă de hiperspecializare

Dezmembrarea medicinii moderne în multiple specialităţi pune tot mai frecvent *necesitatea consultului medical* şi totodată a regulilor etice privind organizarea unui astfel de consult : cînd şi cum se organizează pentru asigurarea maximă a sănătăţii şi vieţii pacientului, cu respectarea regulilor deontologice între medici ? Faţă de importanţa problemei, etica consultului medical o analizăm într-un capitol separat.

Tehnici moderne costisitoare

Una din cele mai grele dileme actuale ale medicului este aceea a unei *juste cumpăniri între interesul bolnavului şi acela al colectivităţii.* Medicina modernă pune la dispoziţie cuceriri extraordinare şi foarte costisitoare, a căror aplicare în practică necesită timp şi mijloace materiale. Transplantul de rinichi şi rinichiul artificial constituie un exemplu, prin greutăţile de rezolvare a transplantului sau costul ridicat al dializei prin rinichiul artificial. Nici o ţară nu poate dispune de atîtea aparate, pentru a satisface toate cererile bolnavilor cronici. Cum se selectează atunci numeroşii pacienţi, care au nevoie de un astfel de aparat ? Ce for poate să-şi ia răspunderea şi să decidă între cei care trebuie să trăiască şi cei care nu pot avea acces la o astfel de metodă salvatoare ? O comisie profesională şi etică ?

Între cele două responsabilităţi actuale ale medicului, aceea faţă de individ şi aceea faţă de colectivitate, medicul trebuie să găsească tot timpul juste rezolvări. Aşa cum s-a spus : „sănătatea nu are preţ, dar are totuşi un buget", ceea ce obligă pe medic să cunoască astăzi o nouă disciplină aceea a economiei sanitare, care tratează despre economicitatea actelor medicale.

Recoltarea şi transplantul de ţesuturi umane

Aceste noi procedee terapeutice au ridicat noi probleme juridice şi etice. În primul rînd, a fost necesară o definiţie mult mai precisă a morţii, a decesului legal, care să permită recoltarea imediată de organe. Se pune apoi problema autorizării

Scanned with CamScanner

de recoltare, din partea familiei. În ultima vreme, s-a răspîndit procedeul ca tot mai multe persoane să-şi dea acceptiunea pentru recoltare de organe (în special de rinichi) încă din timpul vieţii, purtînd asupra lor o declaraţie de acceptare pentru caz de accident mortal.

Ţinînd seama că transplantele de organe nu mai constituie astăzi o chirurgie de excepţie, s-a redactat un nou capitol de legislaţie, iar pe plan etic s-au creat noi îndatoriri şi norme, care toate vizează încurajarea cedării de organe, cu evitarea publicităţii şi a inovaţiilor neverificate.

Problemele etice ale reanimării prelungite

Escalada terapeutică continuă, prin tehnici complicate, permite astăzi nu numai reanimări spectaculoase, în secţiile de terapie intensivă, dar şi posibilităţile de conservare prelungită a vieţii prin mijloace artificiale. Totodată, aceste posibilităţi terapeutice au generat şi probleme etice. Evident, o terapeutică perseverentă („acharnement thérapeutique") poate duce nu numai la recuperări iniţial nesperate, dar şi la găsirea unor noi căi terapeutice, şi o astfel de conduită constituie o caracteristică fundamentală a medicului şi a medicinii.

Problemele etice, care se pun în cazul reanimării prelungite (10), sînt în funcţie de *situaţia funcţiei cerebrale*, judecată în fiecare caz în parte, prin metode obiective (electroencefalogramă etc.), pe baza cărora o comisie de experţi, împreună cu familia bolnavului, trebuiau să decidă continuarea sau oprirea reanimării prelungite prin mijloace artificiale.

Totdeauna, se va evita alunecarea spre eutanasia pasivă, respinsă, ca şi cea activă, de etica medicală a tuturor timpurilor.

Secretul medical

Păstrarea secretului medical, *confidenţialitatea faţă de bolnav* deşi rămîne un principiu etern în conduita medicului, este din ce în ce mai limitat sau cel puţin, creează dileme grele. Desigur, din ce în ce mai mult, medicul este obligat să abandoneze

10) RAPIN M. — Les problémes ethiques de la réanimation prolongée, *Nouvelle Presse méd.*, 1981, 10, 3 447.

caracterul secret al diagnosticului și să declare forurilor oficiale o serie de boli, care interesează în mod deosebit colectivitatea sau care o pot pune chiar în pericol, cum sînt : bolile infecțioase, bolile veneriene, bolile profesionale și altele. Mai mult, în era actuală a computerelor, cînd statisticile spitalelor trec prin aceste aparate, confidențialitatea este amenințată să dispară cu totul.

Mai sînt și alte probleme de etică, în care medicina modernă este implicată astăzi : controlul nașterilor, reglementarea medicală a celor care pot conduce autoturisme și alte mijloace de circulație etc. Angajarea morală a medicului a devenit astăzi mult mai amplă și mai dificilă, față de aceea a medicului de altă dată. Ținînd seama de aceste noi și grele responsabilități, etica medicală necesită o atenție și o dezbatere mult mai largă, începînd din facultate și în continuare în presa medicală.

46.

Etica consultului medical

Poate că niciodată, ca în această eră a medicinii specializate și multifragmentate, n-a apărut mai imperios necesar de a se analiza acest aspect particular al eticii medicale, care privește consultul medical (11).

Într-adevăr, această formă de colaborare medicală, atît de cunoscută, a devenit astăzi extrem de importantă pentru securitatea și viața bolnavului, punînd — în același timp — și delicate probleme de etică în relațiile intercolegiale.

Pe lîngă importanța, indiscutabilă și prioritară, a intereselor bolnavului, buna desfășurare și eficiența consultului, depind și de nivelul etic al relațiilor dintre medicii care formează consultul. Orice contribuție la îmbunătățirea acestor relații este folositoare și pe plan general, uman, în spiritul acelei splendide gîndiri a lui Saint-Exupéry :

„Măreția profesiunii este aceea de a uni oamenii. Nu există decît un singur lux veritabil : acela al relațiilor umane".

Într-un anume sens, analiza etică a consultului medical vizează și o critică a individualismului în practica medicală. Acel individualism, despre care Norman Bethune (medicul care a activat pe trei continente în slujba umanității) se exprima astfel :

11) VOICULESCU M. — Unele aspecte etice ale consultului medical, *Muncitorul Sanitar*, 1982.

Scanned with CamScanner

„În lumea de astăzi, se dă o luptă între două categorii de oameni : între aceia care mai cred în vechiul individualism de junglă și aceia care cred în strădaniile colective, menite să asigure tuturor o viață mai bună".

Rolul consultului medical

Consultul, această formă de activitate medicală, este destinat să rezolve problemele de diagnostic dificil, care se pun adesea în practică, pe care un medic singur nu le poate rezolva, precum și — din ce în ce mai frecvent — cazurile de diagnostic care aparțin zonelor de interferență dintre specialități, ale acelei așa-zise „patologie de graniță". Atît în prima situație, cît și în cealaltă, se ridică importante probleme de etică, cu importante repercusiuni pentru bolnav și medic.

În mod deosebit de frecvent, astfel de probleme se ridică de cînd medicina modernă, hiperspecializată, s-a fragmentat într-un număr din ce în ce mai mare de specialități. *S-au creat astfel largi zone de patologie interdisciplinară,* în care pacientul oscilează adesea, mai bine sau mai puțin bine călăuzit, iar cîteodată chiar expus să rămînă, o vreme, abandonat într-un fel de „țară a nimănui".

În afară, deci, de consultul din interiorul unei specialități, deci intradisciplinar, cu mai mulți medici din aceeași specialitate, se recurge tot mai des la *consultul interdisciplinar,* cu medici de diverse specialități. Pe plan fundamental, teoretic, consultul ar fi destinat să rezolve o problemă de comunicare între două ori mai multe specialități, să rezolve dificultățile de comunicare dintre specialiști. Consultul ar fi deci și o soluție pentru a remedia neajunsurile, generate de o medicină divizată în prea multe specialități. Dar, în practica medicală, consultul este destinat, finalmente, să servească bolnavului, asigurînd un diagnostic și o terapeutică cît mai bună.

În toate aceste cazuri de consult medical, se ridică și probleme de etică, cu importante repercusiuni uneori pentru bolnav, dar și pentru profesiunea medicală.

Condiții etice ale consultului (intradisciplinar sau interdisciplinar)

O primă condiție etică este aceea de *a recunoaște necesitatea consultului :* intradisciplinar sau interdisciplinar. Un

Scanned with CamScanner

medic adevărat va recunoaște această necesitate cu *sinceritate* și *în timp util pentru bolnav*. Să nu încerci să ajuți pe bolnav mai mult decît îți permite competența sau dotarea tehnică locală, constituie o regulă etică de aur. Dar, sînt și medici încăpățînați și înfumurați, care resping sau întîrzie, în mod deliberat, ideea unui consult, care ar putea aduce soluții favorabile pentru bolnav. Nu este de loc o dezonoare de a recurge la o competență profesională recunoscută. Orice manifestare de prestigiu profesional trebuie să cedeze în fața condițiilor de maximă siguranță pentru bolnav.

Tot astfel, în consultul interdisciplinar, este deontologic de a recunoaște de la început, în cazuri justificate, necesitatea examinării unor bolnavi, în colaborare cu medici din diverse specialități. Un exemplu curent este consultul medico-chirurgical, în care responsabilitatea internistului este foarte mare, pentru a *recurge din timp* la chirurg, în vederea unei soluții chirurgicale de urgență sau decisă în timp util.

Alegerea momentului optim pentru bolnav, al consultului interdisciplinar constituie un act de mare responsabilitate profesională și etică și care revine medicului curant.

Orice consult, medico-chirurgical sau pluridisciplinar trebuie conceput ca o adevărată colaborare, ca o consfătuire spre beneficiul bolnavului, *și nu îndeplinit ca un act formal sau de „acoperire"*, în ultima instanță, a responsabilității medicale. Exemple negative, în acest sens, sînt acele consulturi formale ori transferuri în alte spitale ale unor bolnavi agonizanți, de obicei în ziua de sîmbătă ori ca urgențe nocturne. Este vorba de o simplă „acoperire" birocratică, dar în esență, de o gravă eroare profesională și etică.

Un alt aspect negativ al consultului medico-chirurgical, frecvent în țările cu medicină „liberă" burgheză, constă în *practica dichotomiei*, prin acele înțelegeri bilaterale stabilite între anumiți interniști sau chirurgi, în vederea unor operații sau tratamente nejustificate, din care bolnavul iese păgubit, moral și material.

Etica intercolegială a consultului

Orice consult trebuie să se încheie cu concluzii utile pentru bolnav, formulate precis și menționate în scris. Totodată, consultul trebuie să se desfășoare într-o atmosferă de stimă și respect reciproc între medicii participanți. În acest scop, trebuie cunoscute și respectate unele *condiții etice intercolegiale ale consultului medical* (dar care, din nefericire, sînt adesea încălcate în mod grosolan).

Scanned with CamScanner

Este evident că medicii din consult au obligația de a-și expune în mod sincer opinia, de a discuta eventualele erori făcute pînă atunci și a face observațiile critice necesare. Codul deontologic prevede însă ca discuția acestor aspecte să nu se facă în fața bolnavului, a aparținătorilor sau a altor persoane străine, formulîndu-se în final o *concluzie unitară*, expresie a acordului de diagnostic și terapeutică stabilit prin consult.

Observații critice juste sînt deci binevenite, în cadrul unui consult, și comunicate celor în drept în mod colegial, pentru promovarea profesiunii medicale și îmbunătățirea muncii colegilor mai tineri. Desigur, anumite erori, de ordin grav, profesional sau etic, trebuie comunicate, după caz, și șefului unității sau altor foruri superioare, neputînd să rămînă consemnate numai în cadrul consultului.

În toate aceste cazuri, trebuie evitate însă anumite încălcări ale eticii intercolegiale.

O atitudine reprobabilă este aceea cînd „marele specialist", ca monotehnician, face o critică disprețuitoare medicului tratant, pentru metodele de diagnostic și terapie folosite pînă atunci, fără să țină seama de dificultățile obiective ale cazului sau ale medicului. Cînd judecăm cu asprime diagnosticul unui medic generalist, să ne reamintim de profilul multiplelor sale sarcini, de dificultățile de diagnostic în stadiul precoce al bolii și să fim rezonabili, gîndindu-ne *dacă noi nu am fi făcut mai multe erori în condițiile sale.*

Pe de altă parte, nimic nu este mai rău pentru prestigiul medicului, al profesiunii medicale, decît acele aprecieri critice răutăcioase debitate de unul (sau unii) medici participanți la un consult, la adresa colegului tratant sau a celorlalți colegi, în fața pacientului sau a familiei acestuia. Îndeosebi este sistemul clasic și detestabil de a spune : „dacă aș fi fost chemat eu de la început"... „dacă aș fi fost eu medicul tratant" și așa pe dincolo, totul pentru a contribui la ruinarea încrederii în ceilalți medici și, implicit, în medicină și a-și construi o platformă personală superioară.

Un astfel de caz ilustrativ am văzut recent, într-un consult în provincie, în care în fața unei come hepatice prin hepatită virală fulminantă (diagnostic asigurat indubitabil, clinic, biochimic și prin prezența antigenului HBs), cu prognostic sumbru (mortalitatea pe plan mondial 80—90%), cînd un coleg a făcut rezerve asupra diagnosticului și terapiei medicului tratant și a declarat ferm că dacă el ar fi avut cazul de la început, alta ar fi fost situația, dînd astfel dovadă de incompetență reunită cu megalomanie. În același timp (1982), o echipă de hepatologi francezi făcînd bilanțul tehnicilor

Scanned with CamScanner

de asistență în coma hepatică virală, precizau într-o revistă medicală că nici o metodă (exsanguinotransfuzie, plasmafereză, hemodializă, hemoperfuzie, hemofiltrație) nu au ameliorat prognosticul acestor come, care depind numai de posibilitățile de regenerare hepatică.

Încheiere

Poate că nimeni alții nu reușesc să arunce mai mult oprobiu asupra profesiunii medicale *decît tocmai acei medici care recurg la astfel de critici nefondate, răutăcioase, cu scopul de a-și crea o falsă reputație în fața familiei și în defavoarea colegilor și a profesiunii medicale.*

Fiecare medic trebuie să reflecte profund, înainte de a face o critică publică colegilor săi, ținînd seama de implicațiile, care rezultă din ruinarea treptată a încrederii bolnavilor în profesiunea medicală, din tulburarea acelor relații dintre medic și pacient, atît de complexe și de delicate.

În concluzie, în etica consultului medical, trebuie să se țină seama, în primul rînd, de securitatea bolnavului, prin organizarea consultului în condiții optime și utile. Concomitent, trebuie respectate însă și acele reguli etice ale relațiilor intercolegiale, prin care să se evite cultivarea neîncrederii în medic, și să se promoveze etica muncii în echipă, în colaborare, care să contribuie la creșterea încrederii în medic și în progresul profesiunii medicale.

47.

Aspecte etice ale colaborării dintre internist și chirurg

Un important domeniu al activității medicale prin problemele delicate, pe care le ridică și prin responsabilitățile pe care le creează, este acela al colaborării dintre internist și chirurg. În acest teritoriu de interferență al medicinii interne (în sensul larg al noțiunii) cu chirurgia, în care se cuprinde o bogată patologie de graniță, se decide soarta multor pacienți, în funcție de o mai bună sau mai puțin bună călăuzire medicală, de o rezolvare adecvată a unei dileme dificile. Cînd trebuie chemat chirurgul sau cînd trebuie trimis pacientul la chirurg ?

Scanned with CamScanner

Fără îndoială că experienţa clinică şi tehnicitatea actuală a medicinii au condus la stabilirea unor norme ştiinţifice precise pentru conduita medicului în astfel de situaţii. Dar, aceste *norme ştiinţifice*, care rămîn general valabile şi orientative, *nu sînt suficiente ele singure, pentru maxima securitate a bolnavului.* Aplicarea oricăror norme în practică ridică probleme proprii fiecărui bolnav, pentru a căror rezolvare trebuie să intervină, tot atît de mult, *arta medicului* cu experienţa, conştiinţa şi sensibilitatea inimii sale, cu simţămîntul celei mai profunde responsabilităţi faţă de bolnav. Fără posesiunea unor astfel de calităţi morale, fără respectarea acelor îndatoriri, care se înscriu în spectrul cel mai înalt al organizaţiilor din codul deontologiei medicale, nu se poate concepe un medic adevărat.

Numai ştiinţa şi erudiţia nu pot face singure un medic bun, şi această condiţie a conduitei morale se verifică tocmai în rezolvarea colaborărilor medico-chirurgicale.

O primă condiţie : bolnavul privit ca un tot unitar

Concepţia de la care trebuie pornit, pentru o bună rezolvare a colaborării dintre internist şi chirurg, este aceea că pacientul este o fiinţă întreagă şi nu poate fi secţionat în probleme parcelare, aparţinînd fiecărei specialităţi. În multe cazuri, bolnavul nu este nici numai al internistului, nici numai al chirurgului, ci poate prezenta probleme mixte medico-chirurgicale ori şi mai complexe.

Pentru aceste motive, orice chirurg adevărat şi orice internist adevărat resimt permanent necesitatea unei colaborări şi consultări reciproce. Tot astfel, ca un corolar, nu poate fi conceput un serviciu de boli interne izolat, fără un serviciu de chirurgie în apropiere (ori în acelaşi spital), aşa cum nici un serviciu de chirurgie nu poate acţiona izolat, fără colaborarea unui internist.

De aici, decurge şi *concepţia organizatorică importantă a spitalului complex,* cu toate serviciile de specialitate, care astfel oferă maximă securitate pentru bolnav, în timp ce spitalul „monomorf", cu o singură specialitate, este cel mai riscant, cel mai nesigur.

În această concepţie de colaborare între internist şi chirurg, nu se mai pune decît problema asigurării unei îngrijiri cît mai ştiinţifice şi umane a bolnavului, pentru obţinerea însănătoşirii sale complete şi în cele mai sigure condiţii. Acţionînd în spiritul eticii socialiste, al deontologiei medicale, internistul şi chirurgul

Scanned with CamScanner

rezolvă astfel totul în beneficiul bolnavului. Cu totul alta este situaţia din ţările burgheze, unde colaborarea dintre internist şi chirurg ia uneori aspectul cunoscutei practici a *dichotomiei,* prin care bolnavii sînt supuşi la intervenţii chirurgicale forţate, prin anumite înţelegeri bilaterale, între internist şi chirurg, de tip mercantilic, în defavoarea bolnavului. În acest mod, se ajunge la intervenţii chirurgicale nejustificate, cu exereza inutilă a unor organe (apendicectomii, amigdalectomii, gastrectomii). Acest bine cunoscut „impas etic" al medicinii burgheze persistă în ţările respective, în ciuda oricărui cod deontologic, fiind dictat de interese dominante, mercantile, medicul lucrînd numai aparent ca „liber profesionist" (12).

Limitele etice ale competenţei profesionale

Un alt principiu important călăuzitor, deontologic, al medicului adevărat este acela al cunoaşterii propriilor sale posibilităţi de a ajuta pe bolnav, a limitelor competenţei sale.

A nu ţine pe bolnav în singura ta grijă, mai mult decît poţi să-l ajuţi, a recurge la timp la competenţa unui confrate mai instruit ori a specialistului, constituie o trăsătură de seamă de mare valoare profesională şi etică a medicului.

Dimpotrivă, nu poate fi un medic mai periculos decît acela care se încăpăţînează să ţină în îngrijirea sa un bolnav mai mult decît îi permite propria sa competenţă profesională sau dotarea locală de specialitate.

Rapiditatea şi culanţa cu care un internist cheamă în consult chirurgul la un bolnav — precum şi situaţia inversă — constituie un criteriu de apreciere a valorii profesionale şi etice a unui medic.

Alegerea momentului optim pentru consult

Alegerea momentului optim pentru bolnav a actului chirurgical ori a consultului medical constituie un act de mare responsabilitate profesională şi etică (uneori chiar cu urmări penale) a medicului. Teoretic, precizarea acestui moment se stabileşte prin buna înţelegere în cadrul unui consult medico-chirurgical făcut la timp. În practică, însă, acest punct oferă deseori divergenţe între punctul de vedere al chirurgului şi cel al internistului.

12) GHELERTER I., DUŢESCU B. — Umanismul şi medicina, *Med. interna (Buc.),* 1963, 3, 257.

Scanned with CamScanner

Dacă consultul chirurgical a fost făcut la timpul considerat util de internist, fixarea momentului operator trebuie decis de chirurg. Dar, chirurgul nu trebuie să dispună de un drept absolut în această privinţă şi nu poate trece cu vederea unele puncte de vedere şi recomandaţii ale internistului. De cîte ori, intervenţiile O.R.L. la copil n-au fost făcute la cererea expresă a pediatrului ?

Un alt exemplu, în această privinţă, îl constituie *chirurgia manifestărilor septice,* în care — după observaţiile noastre — chirurgii au tendinţa unor amînări inutile ale actului chirurgical, în aşteptarea unor conturări şi localizări ipotetice ale procesului septic şi care uneori pot fi păgubitoare pentru bolnav. Renunţarea la unele atitudini rigide şi adaptarea condiţiei la fiecare caz constituie, de asemenea, un act nu numai de probitate profesională, dar şi de adevărată etică.

Mult mai complexe şi discutate sînt indicaţiile şi momentele intervenţiilor chirurgicale în bolile de interes mixt, medico-chirurgical, cum sînt : ulcerul gastric sau duodenal şi altele. Dacă, în astfel de cazuri, viaţa bolnavului nu intră întotdeauna în mod decisiv în joc, întîrzierea diagnosticului şi trimiterea tardivă la operaţie a unui neoplasm (intestinal, pulmonar etc.), printr-o examinare insuficientă ori inutilă sau ţinerea în observaţie prelungită, constituie criterii negative, nu numai profesionale, dar şi etice, în aprecierea colaborării din partea internistului cu chirurgul.

O problemă interesantă de cercetare ar fi studierea cauzelor şi a factorilor, care conduc la întîrzierea momentului util de tratament decisiv al unui bolnav : cît a ţinut de bolnav, cît a ţinut de condiţiile organizatorice şi cît de medicul tratant, de orientarea sa în colaborare cu specialistul etc.

Deosebit de grave, *quo ad vitam,* pentru bolnav, sînt întîrzierile de consult chirurgical ori de trimitere la chirurg, în cazul urgenţelor chirurgicale. În astfel de cazuri, defecţiunile de competenţă profesională sau organizatorice depăşesc spectrul „infraclinic" al responsabilităţii morale a medicului, intrînd în cadrul medico-legal, penal.

Balanţa între riscul şi avantajele actului chirurgical

Un aspect deontologic important al colaborării medico-chirurgicale constă în aprecierea gradului de nocivitate a unui act chirurgical în legătură cu pericolul *que ad vitam* sau cu sechelele postoperatorii. Tendinţa intervenţionistă exagerată a

Scanned with CamScanner

unor chirurgi, în astfel de cazuri, nu poate fi corectată decît de un înalt simţ etic. Cînd auzim o comunicare a unui chirurg, care a făcut în scurt timp peste 200 de operaţii dificile, rareori indicate, în timp ce alţii declară că au făcut doar cîteva în mai mulţi ani, se ridică justificate puncte de întrebare asupra conduitei primului chirurg.

Cîntărirea nocivităţii şi a sechelelor, legate de actul operator, trebuie să primeze asupra oricăror tendinţe de intervenţie în exces a unui chirurg. Vechiul aforism *primum non nocere,* cu evitarea oricăror consecinţe sau boli iatrogene, rămîne totdeauna regula de bază a deontologiei medicale (13).

Preferinţa pentru chirurgul clinician

În strînsă legătură cu tendinţa excesivă la intervenţii chirurgicale, internistul apreciază în cel mai înalt grad, într-un consult cu probleme medico-chirurgicale, pe *chirurgul care este în acelaşi timp şi un bun clinician.* Dimpotrivă, avem o rezervă instinctivă faţă de chirurgul predominant tehnician, cu puţine înclinări clinice, dar foarte intervenţionist, gata oricînd pentru a scoate imediat un organ sau a deschide o cavitate.

Sfatul unui chirurg cu experienţă clinică oferă însă nu numai siguranţa soluţiei chirurgicale, dar în primul rînd o contribuţie preţioasă la elucidarea unui diagnostic dificil.

Combaterea formalismului şi a soluţiilor birocratice

Este posibil ca, respectînd toate formele organizatorice şi normele ştiinţifice, bolnavul cu o problemă mixtă medico-chirurgicală, să nu fie totuşi în completă siguranţă, chiar să ajungă într-o situaţie cu totul păgubitoare pentru sănătatea sa. Formalismul poate să ofere unui medic, fără conştiinţa răspunderii profesionale şi etice, soluţii birocratice perfecte, în timp ce bolnavul poate circula de la un spital la altul, pierzîndu-se timp preţios pentru vindecarea sa, ori suferind toate traumatismele transportului.

Pe lîngă toate obligaţiile regulamentare, trebuie să intervină, în astfel de cazuri, *conştiinţa de medic,* care presupune dragoste

13) DE VERNEJOUL R. — Umanisme et chirurgie, *Méd. de France,* 1963, 146.

neţărmurită de bolnav, în sensul de a merge cu acesta sau de a-l călăuzi, pe drumul vindecării, pînă la capăt, ori cît de lung ar fi acesta.

Consultul medico-chirurgical trebuie să fie o *adevărată colaborare, o consfătuire în adevăratul sens al cuvîntului,* spre beneficiul bolnavului, *şi nu un act formal cu trimiterea bolnavului de la un medic la altul.* Consultul, munca în echipă, nu trebuie să ducă, în nici un caz, la scăderea responsabilităţii medicale (14).

Consultul medico-chirurgical, înţeles numai ca o achitare a unei obligaţii pentru o eventuală „acoperire" faţă de penalităţi, nu poate fi acceptat la înălţimea actului medical, *cel mai umanitar poate dintre toate actele,* iar comportarea birocratică trebuie privită ca una din formele mascate ale dezinteresului pentru bolnav în activitatea medicală, situată la polul opus al umanismului medical.

Aspecte etice intercolegiale

Colaborarea medico-chirurgicală trebuie să se desfăşoare într-o atmosferă de stimă şi respect reciproc între medicii participanţi, evitîndu-se atitudini de superioritate şi de critici răutăcioase.

Orice observaţie colegială şi orice discuţie trebuie condusă cu tact, în cadrul consultului şi al colaborării, în spiritul deontologiei medicale şi tot timpul în favoarea bolnavului.

Orice manifestare de prestigiu profesional trebuie să cedeze în faţa necesităţii asigurării condiţiilor de maximă siguranţă pentru bolnav. Aşa cum arătam în diverse ocazii (14)(15), este evident că medicii din cadrul unui consult au datoria de a face observaţii critice necesare şi a analiza eventualele dileme şi poziţii discutabile. Cadrul deontologic recomandă, însă, ca toate aceste discuţii să nu se facă în faţa bolnavului sau a familiei, pentru a se evita cultivarea neîncrederii în posibilităţile actuale ale medicinii. Orice observaţie critică justă este însă binevenită, în cadrul oricărei colaborări, pentru creşterea continuă a calităţii muncii medicale.

Relaţiile intercolegiale, în cadrul oricărei colaborări între specialişti trebuie să decurgă tot timpul în favoarea situaţiei bolnavului, să promoveze munca în echipă şi să contribuie, totodată, la creşterea încrederii în medic şi la prestigiul activităţii medicale.

14) *VOICULESCU M.* — Probleme etice ale consultului medical, *Muncitorul Sanitar,* 1971, nr. 9, 10 şi 15.
15) VOICULESCU M. — Relaţiile dintre pacient şi medic, *Viaţa med.,* 1967, 15, 1 009.

Scanned with CamScanner

Actul de colaborare medico-chirurgicală trebuie deci efectuat nu numai în cadrul unei desăvîrşite competenţe profesionale, dar tot atît de mult în spiritul umanismului adevărat, al umanismului socialist. Este acel umanism despre care medicul Albert Schweitzer, mare umanist şi deţinător al premiului Nobel pentru pace, spunea astfel :

„Etica după mine înseamnă respectul oricărei vieţi. Prin intermediul acestui respect universal, intrăm în contact cu lumea, sîntem în armonie cu legile ei. Un atare principiu conduce spre un -umanism profund şi universal, care trebuie să fie elementul dominant în lumea contemporană".

48.

Din etica publicaţiilor

Orice editor sau redactor responsabil cu experienţă, oricît ar fi de „hărţuit" cu multiplele sale probleme şi mai ales cu insistenţele autorilor, nu poate trece cu vederea respectarea unor norme etice privind publicaţiile ştiinţifice. De altfel, pe plan internaţional, în publicistica medicală, s-au conturat o serie de reguli etice, care au fost publicate sub diferite denumiri : „Codul de onoare al autorilor în ştiinţele medicale" (16), „Codul de etică al presei medicale". De asemenea, în ţara noastră, au apărut unele referinţe despre etica scrisului ştiinţific (17)(18). Nu este de loc superfluu de a reaminti şi comenta cîteva din aceste norme etice, indicate pentru orice autor, dar şi pentru editorii şi redactorii „prea amabili" cu aceştia.

Justificarea publicării

Justificarea publicării este prima şi cea mai importantă condiţie etică a unei publicaţii ştiinţifice şi a cărei respectare trebuie analizată obiectiv şi profund.

Cui prodest ? Reprezintă lucrarea oferită o contribuţie la promovarea sănătăţii oamenilor, prin difuzarea unui rezultat original

16) OLIARO T. — Author's code of honour, *Panminerva medical*, 1969, 5, 153.
17) SĂHLEANU V. — Etica scrisului ştiinţific, *Muncitorul Sanitar*, 1965 (18 dec.), nr. 50.
18) VOICULESCU M. — Despre unele condiţii etice ale cercetării ştiinţifice în medicina clinică, *Viaţa med.*, 1962, 23, 1 393.

Scanned with CamScanner

sau a unor noi achiziții ale medicinii, destinate perfecționării continue a medicilor ? Sau, la baza ofertei de publicare se află numai un interes personal al autorului (ceea ce se întîmplă nu prea rar), pentru propria sa glorie sau pentru necesitatea de a crește rapid lista de lucrări, cerută de cucerirea unor titluri științifice ?

Dilema în care se află editorul sau redactorul responsabil al unei reviste (ajutat de referenții și colegiile respective), în astfel de situații, este una din cele mai dificile. El oscilează adesea între grija de a nu scăpa publicarea unei contribuții originale importante, riscînd și un prejudiciu adus autorului, și teama de a se înșela, fiind prea îngăduitor cu autorul, în defavoarea cititorilor, ținînd seama de regula că o „carte sau o revistă se scriu pentru cititori și nu pentru autori".

În astfel de situații și pentru o decizie justă, trebuie să ne întrebăm dacă lucrarea oferită satisface unul din obiectivele esențiale ale presei medicale, așa cum au fost enunțate de Uniunea internațională a presei medicale :

1. *Difuzarea de lucrări științifice în vederea contribuției la progresul medicinii.*

2. *Susținerea și perfecționarea învățămîntului postuniversitar al medicilor, pentru ca bolnavii să beneficieze de noile achiziții ale medicinii.*

Astfel de decizii trebuie luate în situația de astăzi, cînd avalanșa de articole se revarsă asupra revistelor medicale, iar ofertele de cărți asupra editurilor se află într-un *crescendo susținut,* ceea ce ne face să ne întrebăm dacă nu este vorba mai curînd de o „explozie de publicații" decît una de cunoștințe. S-a vorbit chiar de o „inflație" a publicațiilor în medicină și biologie, ținînd seama că cele peste 6 000 de reviste medicale, care apar în lume, cu peste 2 milioane de pagini pe an, fac totuși cu greu față sarcinilor de a publica. Unii s-au întrebat chiar dacă numărul autorilor nu va ajunge să depășească pe acela al cititorilor prezumtivi...

Th. Fox, un fost editor (cu experiență) al revistei *Lancet,* spunea cu oarecare sarcasm (și o anumită exagerare) că 90% din ceea ce se scrie nu ar trebui tipărit, iar 90% din ceea ce s-a tipărit nu ar merita să fie citit.

La finalitatea fiecărei lucrări, a utilității pentru interesul sănătății oamenilor și pentru progresul științific, ar trebui să mediteze serios, fiecare autor, înainte de a se grăbi să ocupe spațiul grafic, atît de prețios, al publicațiilor medicale, cu o lucrare care repetă, la nesfîrșire, ceea ce s-a făcut și s-a scris mai înainte, de nenumărați alți autori, în aceeași țară chiar. Ai impresia, uneori, că există autori care scriu pentru a-și satisface propria plăcere de a-și

Scanned with CamScanner

fi făcut ordine în fişele lor de documentare şi de a-şi fi pus la punct o problemă.

Amintim aici un sfat a lui Maurice Roch, pentru cei ce vor să scrie un articol, exprimat foarte laconic, în 3 condiţii :

— să ai ceva de spus,

— să ştii să îl spui,

— să te opreşti (la timp), după ce l-ai spus.

A solicita publicarea unui articol, care „nu aduce nimic nou, sau nici măcar nu aruncă o lumină nouă asupra unor lucrări vechi" (19), constituie o încălcare a eticii scrisului, iar pentru reviste şi cititori o împovărare nedorită. Tot astfel, forţarea noului, a originalităţii cu orice preţ, cu jertfirea securităţii bolnavului, prin abuz de tehnici riscante de diagnostic ori operatorii, în scopul publicării acestora, constituie o abatere etică. Semnificaţia reală a noţiunii de „nou" în chirurgie, cu implicaţiile etice ale introducerii în practică, inclusiv publicarea lor, trebuie analizate într-un înalt spirit etic (20).

În inundaţia de articole şi cărţi, care apar astăzi, să ne amintim şi de o înţeleaptă invitaţie a lui Helmholtz, care spunea :

„Aglomerarea cunoştinţelor nu constituie scopul şi menirea omului. Noi nu învăţăm numai pentru a şti. Numai acţiunea şi activitatea îi oferă omului o ţinută demnă în viaţă".

Dimensiunea lucrării : un respect pentru cititor

Unul din marile păcate ale articolelor şi cărţilor scrise de mulţi autori, constă în prea marea lor dimensiune, ceea ce le face greu de tipărit, precum şi mai greu de citit. Cauzele sînt multiple şi pot fi enumerate pe scurt astfel :

— *Neputinţa de a scrie concis, deoarece este mult mai greu de a scrie acelaşi lucru, concis, şi mult mai comod în mai multe fraze.* Aşa cum s-a spus într-o butadă celebră (se pare, a lui Voltaire) : „dacă aş fi avut mai mult timp ţi-aşi fi scris o scrisoare mai scurtă".

19) HEWITT R. — Exposition as applied to medicine, *J. Amer. med. Ass.*, 1954, 156, 477.

20) BURGHELE TH. — Semnificaţia noţiunii de „nou" în chirurgie şi implicaţiile etice ale introducerii în practică, *Chirurgia (Buc.)*, 1968, 17, 1.

Scanned with CamScanner

Dar mulţi autori nu au timp ! Or, nu vor să-l cheltuiască pentru revizuirea articolului, prin care s-ar putea obţine o reducere de 30—50% a acestuia, ceea ce ar mări valoarea articolului şi şansa de a fi citit de mai mulţi cititori. „Un articol pe jumătate mai scurt este de două ori mai bun" (21).

— Alţii scriu mai lung, deoarece suferă de ceea ce s-a numit „hiperplazie verbală" (22) sau „beţie de cuvinte", o boală veche şi greu de remediat. Este într-adevăr uimitor să constataţi cum unele persoane reuşesc să folosească atît de multe cuvinte pentru a exprima atît de puţine idei !

— Alţii scriu mult în dorinţa de a etala o cît mai largă *documentare* (fals *embarras de richesse),* ceea ce însă le umbreşte propria lor contribuţie originală. Pe de altă parte, ei nu oferă cel puţin o sinteză scurtă, bine analizată şi gîndită a datelor celorlalţi autori, în locul unor expuneri largi prin alipiri interminabile de citate !

— Alţii (în fine) scriu mult, în speranţa unor beneficii pecuniare, fiecare pagină (sau coală de editură) exprimînd o dorinţă în acest sens.

Desigur, sînt şi cărţi, care — în ediţii succesive — cresc în volum prin acumularea an de an, de noi cunoştinţe, care trebuie incluse în noile ediţii (deşi cunoştinţele depăşite nu se mai scot cu uşurinţă din volum, rămînînd ca o povară a cărţii în „istoricul problemei" ori în expunerea de mai multe „teorii").

Semnificativ este, în acest sens, de citat dimensiunea unui cunoscut tratat de medicină internă (Cecil-Loeb), apărut în ultimele ediţii sub redacţia lui Beeson şi McDermott, care cîntărea în greutate 2,475 kg, în ediţia din 1940 (23) pentru a depăşi 4 kg, în ediţia din 1975 (cîntărită de mine) !

Publicarea unei cărţi ştiinţifice just echilibrate, ca dimensiuni, constituie un mare imperativ al prezentului în scrieri.

Între citat şi plagiat

S-a spus adesea că orice carte nouă se face din mai multe cărţi, iar J. Giraudoux, cu sarcasmul său, afirma : „plagiatul

21) KING L. — Make it shorter, or longer, *J. Amer. med. Ass.*, 1968, 205, 31.
22) QOAI E. — Verbal hyperplasia. New thoughts on an old disease, *J. Amer. med. Ass.*, 1965, 192, 118.
23) PAINE TH. — Cecil-Loeb Textbook of Medicine, *J. Amer. med. Ass.*, 1963, 186, 84.

Scanned with CamScanner

este la baza tuturor cărţilor, afară de prima, care rămîne necunoscută".

Evident, sînt exagerări maliţioase, deoarece se scriu destule cărţi integral originale. Dar, tot atît de adevărat este şi că sîntem mult tributari culturii de secole a omenirii şi ne bazăm pe opera multor antecesori, în tot ceea ce facem şi scriem.

Condiţia etică este însă aceea de a recunoaşte acest lucru şi de a cita izvoarele de informaţie folosite, fie prin menţionarea ideilor autorilor consultaţi, fie prin citarea unor scurte pasaje, cu punerea între ghilimele ale acestora şi trimiterea la autorul citat, cu referinţa bibliografică respectivă.

Aşa cum recomandă Hewitt (19) :

„Să nu uiţi să pui între ghilimele cuvintele altuia şi să verifici acurateţea citatelor".

Sau, dacă schimbi ceva din scrisul altuia :

„Să nu crezi că schimbarea vorbelor celuilalt te eliberează de obligaţia de a credita acestuia ideea, pe care ai împrumutat-o de la el" (Hewitt).

Recurgerea la reproduceri, după un alt autor, fără a-l cita, constituie culpa de plagiat, care dezonorează pe cel care o face şi antrenează şi consecinţe penale. Din păcate, există autori cu aceste obiceiuri, dictate din comoditate sau din inconştienţă.

A nu copia un alt autor constituie una din regulile codului de onoare al autorilor (16).

Respectul priorităţii

Orice lucrare, articol sau carte trebuie să exprime o documentare corectă în problemă a lucrărilor efectuate anterior de alţii, a ideilor lansate de aceştia, a rezultatelor publicate sau a invenţiilor realizate. Această conduită etică trebuie să se reflecte atît în fond, în text, cît şi în bibliografia însoţitoare.

Din nefericire, în practica publicaţiilor, uneori şi a descoperirilor, se încalcă această conduită etică, în mod intenţionat, sau din simplă ignorare (?) a lucrărilor anterioare.

Un exemplu clasic în această privinţă este ignorarea de către Banting şi Best, a lucrărilor anterioare ale lui Paulescu, privind descoperirea insulinei. După cum se ştie, Paulescu publicase rezultatele sale privind descoperirea insulinei (denumită de el pancreină), în 4 articole apărute în *C. R. Soc. Biol. Paris*, în anul 1921, cu 1 an înaintea lucrărilor autorilor canadieni. Or, după cum se ştie, Banting şi Best au primit premiul Nobel în 1923. O viguroasă acţiune întreprinsă pe plan internaţional în ultimii ani (1970—1980)

Scanned with CamScanner

de cercetătorul și diabetologul român I. Pavel, cu privire la prioritatea lui Paulescu în descoperirea insulinei, a condus la apariția a 62 de articole, în diferite limbi și reviste medicale de largă circulație, prin care se recunoaște prioritatea lui Paulescu (24)(25). În acest scop, s-a editat o broșură în limba engleză apărută în Editura Academiei R. S. România. O recunoaștere tardivă, dar totuși necesară pe planul eticii descoperirilor științifice și al presei medicale.

Sînt, desigur, și alte exemple de încălcare a priorității, din domeniul cercetării și al publicațiilor medicale.

Alte reguli de etică a scrisului medical

— Să nu publici lucrări pentru interesul personal, ci numai pentru informarea cititorilor și pentru nevoile sănătății oamenilor.

— Să nu admiți a participa în calitate de coautor într-o lucrare la care nu ai contribuit cu nimic.

— Să nu publici date îndoielnice, eronate sau inventate.

— Să nu folosești munca altora pentru publicații personale, semnate singur sau ca prim autor.

— Să nu uiți colaboratorii.

— Să nu repeți același articol, cu același conținut, dar cu diferite titluri, în mai multe reviste. O singură excepție : republicarea articolului într-o limbă străină de circulație internațională.

49.

Etica bibliografiei

Ce reprezintă o bibliografie ?

Orice lucrare științifică se încheie cu referințe bibliografice, sub forma unei liste a lucrărilor *consultate*, aranjate în ordinea citării lor în text sau în ordine alfabetică (după numele autorului principal) și numerotate (pentru ușurința citării în text). O bună prezentare a literaturii consultate mărește încrederea cititorilor în articolul sau cartea respectivă și îi orientează mai bine în ansam-

24) PAVEL I. și colab. — O pagină din istoria medicinii. N. Paulescu descoperitor al insulinei, *Med interna (Buc.)*, 1972, 11, 1 285.
25) CHEVREL B. — À propos du cinquantenaire de la découverte de l'insuline. Hommage tardif à Paulesco, *Presse méd.*, 1971, 33, 1 512.

Scanned with CamScanner

blul cercetărilor efectuate anterior, de către alţi autori, în problema abordată de autorul respectiv.

Din păcate, însă, multe lucrări ştiinţifice (articole, monografii, tratate) păcătuiesc prin încălcarea unor reguli universal acceptate, care reprezintă totodată şi abateri de la etica publicaţiilor ştiinţifice (26).

Prima regulă : oglindirea documentării reale

Referinţele bibliografice trebuie să cuprindă numai lucrările consultate *in extenso,* şi — în nici un caz — titlurile unor lucrări care nu au fost consultate, dar pe care unii autori le înscriu ca şi cum ar fi fost citite, de fapt copiate după referinţele bibliografice ale altor articole. Printr-o observaţie atentă, însă, cititorii îşi dau uşor seama dacă bibliografia citată reprezintă documentarea reală, sau reprezintă numai o bibliografie formală „atîrnată" de lucrare. După cum spunea Hewitt : „să nu publici o referinţă, în aşa fel, încît să faci cititorul să creadă că ai citit un asemenea articol, deşi ai citit numai o parte, un rezumat sau o parafrazare" (27).

O bună evidenţă a documentării reale rezultă din citarea obligatorie în text a lucrărilor înscrise în bibliografie (cu numărul respectiv sau uneori şi cu numele autorului).

Există şi autori, care obişnuiesc să „uite" de a cita în bibliografie tocmai lucrările folosite mai mult, pentru a nu demasca astfel sursele folosite de ei şi a crea astfel impresia că ideile expuse le aparţin (mai ales în bibliografiile zise „selectate").

Bibliografie exhaustivă sau selectată ?

Aceste aspecte reprezintă două extreme ale bibliografiei, ambele prezentînd aspecte criticabile.

O listă foarte lungă de referinţe bibliografice, de lucrări extrase din toată literatura mondială (bibliografie „exhaustivă") apare necesară îndeosebi pentru anumite monografii de specialitate, pentru o informare cît mai cuprinzătoare a cititorilor sau pentru a oglindi totalul eforturilor cercetărilor umane în problema respectivă.

26) VOICULESCU M. — Unele aspecte din etica publicaţiilor ştiinţifice, *Viaţa med.,* 1977, 2.

27) HEWITT R. — Exposition as applied to medicine, *J. Amer. med. Ass.,* 1954, 156, 477.

Scanned with CamScanner

Nu totdeauna însă o bibliografie „exhaustivă" servește lucrării propriu-zise. Deseori, citări prea multe, repetate la fiecare frază, dau impresia unui amalgam greu de urmărit, obositor, care umbrește contribuția personală a autorului și strecoară neîncredere în capacitatea profesională a acestuia.

Alteori, printr-o listă lungă de referințe bibliografice (peste 1 000 chiar !), autorul urmărește mai mult să „decoreze" lucrarea și să lase impresia cititorului că, prin efortul făcut, „a epuizat problema studiată".

Pe de altă parte, bibliografiile lungi nu numai că încarcă mult lucrarea și spațiul revistelor ori al cărților, dar trezesc și unele îndoieli în mintea cititorilor, asupra consultării reale a articolelor citate, sau suspiciunea că autorul a căutat să împodobească lucrarea cu bogatele referințe citate. Nu este recomandabil să se înceapă cu citări *ab ovo*, de exemplu obligatoriu cu Hipocrate sau cu Galen. Este înțelept să se menționeze numai articolele în strînsă legătură cu cercetarea efectuată.

Un alt dezavantaj al bibliografiilor prea lungi este acela că îngreuiază sau întîrzie tipărirea articolului, în funcție de economia de spațiu a revistelor.

Cealaltă extremă, bibliografie „selectată", prin reducerea acesteia la cîteva lucrări citate, oglindește insuficient și deseori unilateral și subiectiv documentarea folosită.

În fine, o altă soluție, aleasă de unii autori : lucrare fără bibliografie, sau cu mențiunea laconică „bibliografia la autor" este inadmisibilă și face articolul nepublicabil.

În rezumat, o *bibliografie corespunzătoare* trebuie să respecte următoarele condiții :

— să reflecte numai lucrările în legătură cu subiectul cercetat, selectînd pe cele cu caracter prioritar, cele mai importante prin contribuții și cele mai recente ;

— să se refere numai la lucrările consultate integral (documentare reală) ;

— să nu fie excesivă ;

— să fie prezentată conform standardului internațional ;

— să fie citată în text.

„Să nu uiți să pui între ghilimele cuvintele altuia și să verifici acuratețea citatelor" (27).

În concluzie, putem fi de acord cu afirmația :

„O bună bibliografie oferă cititorilor posibilitatea de a se documenta în problema tratată, completîndu-și cunoștințele" (28).

28) DOCZY P., BARBU Z. — Informația științifică medicală prin reviste, *Viața med.*, 1968, 10, 649.

În publicații, constatăm însă multe abateri de la aceste condiții, în primul rînd etice.

Unilateralitatea unor bibliografii

Un exemplu frecvent de acest gen îl constituie bibliografiile autorilor anglo-saxoni, care citează numai cercetători de limbă engleză, în special americani, cu omiterea autorilor europeni, care publică în revistele editate în alte limbi (franceză, germană, rusă, italiană etc.). Unilateralitatea acestor bibliografii frapează în mod neplăcut, dînd un aspect tendențios și rafinat de ignorare a cercetărilor efectuate în alte țări.

Desigur, s-ar putea explica astfel de tendințe de închistare a referințelor bibliografice numai la lucrările editate în limba natală a autorilor, în lipsa unui limbaj internațional comun, care ar fi atît de util pentru ușurința comunicării pe plan mondial a informațiilor științifice. Sînt autori anglo-saxoni care sugerează că acest limbaj ar putea să fie „o formă simplificată a limbii engleze" (29). Problema rămîne însă deschisă, deoarece diverse încercări cu limbi artificiale, ca esperanto și „interlingua" au eșuat iremediabil.

Omiterea unor lucrări ale autorilor autohtoni

Una din erorile, nu prea rare, care apar în bibliografiile autorilor din țara noastră, este aceea de a nu cita lucrările autorilor români. Cunosc o carte de hepatologie cu o bibliografie de peste 1 000 de lucrări (!), în care au fost menționați numai cîțiva, rari autori români, deși în problema respectivă existau numeroase lucrări și contribuții din partea multor cercetători români.

Constituie această lipsă un act de uitare (involuntară) sau de ignorare voită, ori un aspect de cosmopolitism sau ține și de unele greutăți de documentare internă, deseori destul de incomode? Oricare ar fi cauza, trebuie să recunoaștem că mulți dintre noi cădem, adesea, în această eroare, în mod justificat condamnabilă.

Este adevărat, însă, că o interpretare birocratică a aprovizionării bibliotecilor cu revistele medicale din țară a făcut ca în

29) KORNFELD M. — International communication, *J. Amer. med. Ass.*, 1970, 212, 1 951.

Scanned with CamScanner

ultimii ani să se descompleteze colecţiile de reviste medicale româneşti din biblioteci. Această deficienţă nu poate fi integral suplinită prin abonamentele individuale, fiecare medic putînd să se aboneze la cîteva reviste din ţară, dar nu la toate.

Care ar fi soluţia de corectare :

— În primul rînd, o preocupare primordială pentru lucrările medicale româneşti, prin consultare, în cazul unei lucrări, a cît mai multor cărţi şi reviste medicale editate în ţară, nu numai în Bucureşti, dar şi la Iaşi („Revista medico-chirurgicală" are o vechime de aproape 100 de ani), la Cluj-Napoca, la Tîrgu Mureş şi Timişoara şi, evident, revistele editate de U.S.S.M., de Academia de Ştiinţe Medicale, de Institutul Cantacuzino.

— Consultarea indexurilor bibliografice româneşti. Amintim, în acest scop, că există un *Index bibliografic al lucrărilor medicale româneşti*, apărute în perioada 23 august 1944—31 dec. 1955, în care sînt redate peste 12 000 titluri de lucrări. Volumul a fost reeditat în limbile română, franceză şi rusă (30). Ulterior, Academia de Ştiinţe Medicale a mai tipărit un index bibliografic, cu lucrări apărute în perioada 1970—1977 (Ed. medicală, Bucureşti, 1979).

Constituie însă o sarcină mai departe de a se edita, periodic, completări la aceste indexuri bibliografice, ale lucrărilor medicale româneşti, care să fie trimise la toate bibliotecile de specialitate.

— Titlurile lucrărilor româneşti pot fi găsite şi în publicaţiile de specialitate străine, cum sînt : *Index Medicus* şi *Excerpta Medica* (în limba engleză) şi *Mediţinskii referativnîi jurnal* (în limba rusă).

Priorităţi „uitate" ori necunoscute

O problemă foarte serioasă etică, în documentarea oricărei lucrări, care se reflectă în alcătuirea bibliografiei, este aceea a cunoaşterii — şi recunoaşterii — lucrărilor anterioare în aceeaşi problemă, în special a celor care deţin prioritatea.

În acest scop, intervin : conştiinţa şi conştiinciozitatea fiecărui autor, corectitudinea sa etică şi posibilităţile de documentare. Afirmaţia de a fi prioritar într-o cercetare trebuie să se bazeze pe multă prudenţă şi pe o consultare „exhaustivă" a literaturii medicale de specialitate. În lipsa unor astfel de explorări aprofundate a literaturii de specialitate mondială, o serie de lucrări

30) LEONESCU M. — Probleme de bibliografie şi planificare în munca ştiinţifică medicală, *Viaţa med.*, 1960.

Scanned with CamScanner

și cheltuielile legate de cercetarea respectivă, devin inutile și se consideră ca pierderi.

Unii autori, din prudență, țin să menționeze o frază ca aceasta : „după cunoștința noastră, în funcție de literatura explorată, nu s-a mai făcut o astfel de cercetare". Este adevărat că adesea activitatea de explorare a literaturii anterioare, poate deveni o operație dificilă și obositoare. După cum spunea cunoscutul fizician S. D. Bernal, „este mai ușor uneori să descoperi fapte noi, decît de a verifica, bibliografic, dacă acestea au mai fost cunoscute cumva înainte" (citat de 31).

Constituie însă o înaltă obligație etică de a se cita tot ceea ce s-a cercetat anterior în problema abordată și a se recunoaște astfel, în mod concret, prioritatea autorului în drept.

Din nefericire, în domeniul cercetării medicale există pe plan mondial numeroase exemple de ignorare a unor priorități medicale, dintre care unele de importanță fundamentală. Amintim dintre acestea, prioritatea lui Paulescu în descoperirea insulinei, și a lui Istrati pentru vaccinul antidizenteric. De asemenea, recunoașterea priorității școlii de virusologie românești, prin Nicolau și Cajal, a pluralității hepatitelor virale ar trebui mai mult popularizată și difuzată în străinătate (32).

Secvența numelor în lucrările cu mai mulți autori

Munca în echipă a devenit tot mai necesară în cercetarea științifică în ultimele decenii. Astfel, apar din ce în ce mai multe articole cu mai mulți autori, uneori chiar depășind numărul de 10. În aceste cazuri, ordinea în care se menționează numele autorilor este foarte importantă, deoarece în multe bibliografii, în funcție de economia de spațiu, se citează numai primul autor, urmat de „și colaboratorii" (în unele reviste este regula să se citeze totuși obligatoriu primii 3 autori din membrii echipei).

În aranjarea secvenței numelor autorilor, *trebuie să intervină însă criteriul etic al calității și volumului de muncă depus de fiecare autor.* De aceea, primul autor poate fi, dacă este cazul, cel mai tînăr ca vîrstă ori ca titlu. Se poate admite, ca o excepție,

31) SPIELMAN I. — Note metodologice privind redactarea lucrării științifice, *Spitalul*, 1965, 1, 63.

32) VOICULESCU M. — Pluralitatea hepatitelor virale, o prioritate a școlii românești de virusologie, *Viața med.*, 1979, 1, 1.

Scanned with CamScanner

pentru poziția de prim autor a aceluia care a adus o idee nouă și importantă, de bază a lucrării efectuate (33). În ordine, vor fi menționați aceia care au contribuit, în funcție de volumul de muncă depus, la efectuarea cercetării.

Într-o suită de lucrări, cu note separate, în care contribuția mai multor cercetători este asemănătoare, se obișnuiește a se face o „rotare" în ordinea autorilor, apărînd primul cel care a fost al doilea la lucrarea precedentă etc.

Este însă total condamnabil, ca un șef (profesor, director de institut, șef de laborator) să pretindă și să apară permament primul, în toate lucrările elaborate într-o unitate de cercetare. O astfel de abatere este gravă, nu numai pe plan profesional, dar mai ales etic. Criteriul ierarhic protocolar sau „de vîrstă" nu-și are locul în asemenea articole științifice (34).

Alcătuirea și publicarea unei bibliografii nu trebuie privită deci ca o formalitate, ci ca o reflectare a unei adevărate munci de documentare și totodată ca o respectare a principiilor etice ale muncii și relațiilor interumane.

50.

Din etica și măreția profesiunii medicale

Etica este inseparabilă de profesiunea medicală și această interpătrundere a fost sesizată din cele mai vechi timpuri. Astfel, primele reglementări de etică medicală le găsim formulate în cea mai veche colecție de legi cunoscute : *Codul Summerian* al lui Hammurabi (cu aproape două milenii înaintea erei noastre), precum și în textele medicale ale Greciei antice datorate (iar altele atribuite) lui Hipocrate din Cos.

Timp de secole, preceptele hipocratice, reunite în așa-denumitul *jurămînt hipocratic*, cuprinzînd principalele reguli etice ale profesiunii medicale, au fost acelea care au călăuzit, din punct de vedere etic, activitatea medicilor și au inspirat elaborarea codurilor de deontologie medicală în mai toate țările. Deși depășit, astăzi, în multe privințe, *jurămîntul hipocratic*, un adevărat anga-

33) HINMAN FR. — Sequence of author's names in scientific articles, *J. Amer. med. Ass.*, 1970, 212, 618.

34) SĂHLEANU V. — Etica scrisului științific, *Muncitorul Sanitar*, 1965 (18 dec.).

Scanned with CamScanner

jament moral al medicilor la inaugurarea activității lor, rămîne un document de bază în istoricul deontologiei medicale.

Deosebita importanță și dezvoltare ulterioară a eticii medicale se datorește faptului că, prin specificul sarcinilor sale profesionale, medicul își asumă — în comparație cu alte profesiuni — responsabilități mai multe și mai grele, care depășesc considerabil pe cele administrative și juridice, fiind caracteristice domeniului atît de complex și delicat al relațiilor interumane. Aceste responsabilități se nasc din activitatea medicului, aflat în nemijlocită și permanentă legătură cu omul, în situația critică în care acesta i se adresează pentru salvarea vieții sau restabilirea sănătății sale, *act față de care medicul nu poate răspunde decît printr-o dăruire totală*. Cu același spirit de mare răspundere i se pun medicului și problemele de sănătate ale întregii colectivități, ca responsabilități pe plan larg social.

Desigur, toate aceste răspunderi prezintă o importanță considerabilă și cu greu pot fi evaluate ori comparate cu altele, din alte profesiuni.

Rudyard Kipling și răspunderile medicului

Una din invocațiile cele mai impresionante și mai aspre, dar veridice, asupra responsabilității medicale a fost făcută de scriitorul Rudyard Kipling, în cadrul unei conferințe rostită în octombrie 1908, la Facultatea de Medicină din Spitalul Middlessex din Londra, în fața studenților și medicilor. Iată un fragment din această conferință :

„În toate timpurile, de inundații, incendii, foamete, epidemii, războaie, crime, ori în cazuri de morți neașteptate, se va cere din partea Dvs. să vă prezentați la datorie imediat, să plecați acolo imediat și să rămîneți la datorie, pînă ce puterea fizică vă părăsește ori conștiința vă eliberează — oricît de lungă ar fi această perioadă. Aceasta este poziția voastră, acestea sînt cîteva din obligațiile voastre. Eu nu cred că vor putea fi mai ușoare.

Ați auzit vreo legislație, care să limiteze munca, randamentul Dvs. ? Ați auzit o lege de 8 ore pe zi pentru medic ?

Cunoașteți vreo schimbare în opinia publicului care să permită să nu asistați un pacient, atunci cînd știți că acesta nu vă va putea plăti niciodată ?

Mă tem că nu cunoașteți așa ceva.

Se pare că vi se cere să-i salvați pe ceilalți. Nu există nicăieri prevăzut că este necesar să vă salvați pe voi înșivă".

Scanned with CamScanner

Eroica luptă a medicilor după cutremurul din 4 martie 1977

Desigur, aceste cuvinte spuse de Kipling în 1908, au rămas puțin cunoscute și probabil necunoscute medicilor actuali, ca și medicilor din țara noastră, cînd în acele ore și zile teribile, care au urmat groaznicului cutremur din 4 martie 1977, ei au desfășurat acea eroică luptă de zi și noapte pentru salvarea vieții și sănătății miilor de traumatizați și răniți din populația Capitalei :

— Ei au venit în acea noapte, fiecare la spitalul său, imediat și nechemați, *la datorie*.

— Ei n-au încetat munca lor, pînă ce nu au asigurat viața și sănătatea celor avuți în grijă, *și nu au plecat de acolo*, pînă ce conștiința lor nu le-a dat liniștea datoriei împlinite.

— Ei nu și-au odihnit brațele și mintea decît după ce răniții și sinistrații lor au fost puși în siguranță.

— Ei nu s-au gîndit nici un moment la salvarea lor, ci s-au dăruit total pentru salvarea celorlalți.

— Ei au exprimat, în faptă, ceea ce era scris în conștiința fiecărui medic, fiecărui cadru sanitar, în legea nescrisă a profesiunii medicale, în responsabilitățile fără margini ale deontologiei medicale.

Așa au procedat medicii și celelalte cadre sanitare din Capitala țării noastre în noaptea de 4 spre 5 martie 1977, și în zilele și nopțile care au urmat tragicului cataclism din acea noapte.

Iar aceste fapte, de abnegație și devotament nețărmurit, ale personalului medico-sanitar, s-au bucurat de cele mai înalte aprecieri. Citățm din ziarul „*Scînteia*“ din 11 martie 1977 :

„În toate aceste dramatice zile și nopți, dăruirea de care au dat dovadă medicii, surorile, întregul personal sanitar din Capitală și din țară a adăugat fapte de veritabil *eroism profesional* în lanțul impresionantelor acte de solidatritate umană ale poporului. Directori de spitale suprasolicitați, medici cu ochii înroșiți de nesomn, abia ieșiți din sala de operație, ori chemați grabnic pentru alte intervenții, chirurgi lucrînd, în primele ore ale catastrofei, la lumina lumînărilor sau a lămpilor Petromax, iată cîteva din imaginile impresionante ale muncii pline de abnegație ale personalului nostru sanitar, ale eforturilor lui, nu odată epuizate, pentru salvarea unei vieți, a unui om. În noaptea absurdă de 4—5 martie, ca și în cele care au urmat, medicii au fost cu toții la datorie. Mulți dintre ei s-au prezentat la post după primele momente ce au urmat cataclismului. Ei au primit un ajutor substanțial din partea colegilor din provincie, sosiți anume sau aflați întîmplător

Scanned with CamScanner

în Capitală, precum și din partea studenților în medicină, care au făcut perfuzii, au cărat brancarde, într-un cuvînt și-au dovedit înalta conștiință profesională, încă înaintea rostirii jurămîntului lui Hipocrate. Sînt fapte pentru care bolnavii le poartă recunoștința ce o datorează salvatorilor lor, sînt fapte de adevărat eroism, pentru care tovarășul *Nicolae Ceaușescu* are cuvinte elogioase".

Despre unele fapte cotidiene și tăcute ale eroismului medical

Desigur, situațiile excepționale au darul de a reliefa mai puternic actele eroice medicale, proiectîndu-le spectacular și impresionant, ca pe fundalul unui „spectacol de sunet și lumină".

În general, publicul adoră, în medicină, ca și în alte profesiuni, mai ales acele evenimente și acte nemaipomenite, care au aerul unor „minuni" medicale.

Dar, pe lîngă aceste fapte (operații extraordinare, efectuate în premieră, intervenții medicale spectaculare), toți aceia care trăiesc înăuntrul profesiunii medicale cunosc că există cu mult mai multe fapte cotidiene și tăcute de eroism medical, care se acumulează zi de zi, dar pe care nimeni nu le înregistrează în mod deosebit (și poate că nici nu ar trebui, deoarece sînt acte eroice obișnuite, intrînd în activitatea de toate zilele a medicului).

Și, totuși, unele din acestea pot fi amintitie, cel puțin ca exemple, din miile de asemenea fapte.

Aș aminti astfel pe acel medic I. P. dintr-o comună din județul Timiș, cunoscut între altele pe plan local, ca „medicul care a oprit acceleratul". Într-adevăr, acest medic, statornicit în același loc de muncă de 35 ani (pînă la pensionarea sa) și iubit de toți oamenii din sat ca un adevărat părinte, numără printre faptele sale de medic una foarte neobișnuită : el a oprit un accelerat care trecea pe lîngă satul său, dar nu pentru o fantezie a sa sau pentru a se urca el în tren, ci pentru a urca în tren o parturientă, care pierdea enorm sînge — ce nu mai putea fi oprită cu mijloacele sale — și care necesita o *intervenție urgentă* într-o clinică universitară, *necesară atunci și nu mai tîrziu* (și fără de care lăuza ar fi decedat iremediabil). În lipsa imediată a unei salvări, el a găsit acest mijloc neobișnuit de transport, dar salvator pentru pacienta sa. Dar, pe lîngă această faptă, locuitorii din sat povestesc multe alte fapte de eroism cotidian și tăcut ale acestui *medic de țară*, care putea să stea 12 ore în șir lîngă un bolnav, sau lîngă un copil suferind, pentru a-l salva, pînă ce conștiința sa îi spunea că a făcut totul.

Scanned with CamScanner

Aș aminti apoi de una din faptele, puțin comune, ale medicului reanimator S. L., pasionat la extrem să scoată din impasul cel mai greu, pe marii suferinzi, pe cei aflați în greaua situație de *vita minima*, la frontiera dintre viață și moarte. Se afla în grija sa, în secția de terapie intensivă (reanimare) a Spitalului clinic de boli infecțioase Colentina, un bolnav cu o formă gravă de tetanos, la care prognosticul nostru rămînea foarte rezervat, viața bolnavului atîrnînd de un fir de ață, de intervenția de fiecare moment a medicului. I-am cerut atunci ceva neobișnuit : să nu mai plece acasă și să rămînă zi și noapte în camera bolnavului — cîteva zile și nopți — pentru a interveni la timp, la fiecare criză de sufocație a bolnavului și a controla astfel accesele și respirația asistată a bolnavului. Și medicul reanimator S. L. a făcut așa : a rămas în camera bolnavului cîteva zile și nopți pînă ce acesta a fost salvat. El a făcut aceasta în mod natural și fără reticiențe, fără paradă. Iar pacientul, un lucrător agricol, dar pentru noi un om de salvat, nu a știut poate nimic despre acest act de devotament al medicului.

Dar cîte alte salvări miraculoase nu se pot povesti despre ceea ce reușesc zilnic medicii și îndeosebi această armată de șoc, pe care o constituie medicii reanimatori („intensiviști"). Cîți bolnavi cu speranțe pierdute nu s-au salvat astfel chiar într-un vechi pavilion, cum este acela amenajat pentru terapia intensivă în Spitalul clinic de boli infecțioase Colentina ! Acolo, și în multe alte spitale, mai vechi ori mai noi.

Cîte alte vieți de medici, pline de fapte eroice nu s-ar putea povesti, dacă scriitorii noștri actuali s-ar apropia mai mult și de acest domeniu de graniță între viață și moarte, de veșnică luptă, al reanimării, ca și de viața plină de trudă de zi și de noapte a unor medici de țară, pentru a scrie, așa cum au scris și alții, cărți celebre în literatura universală, cu subiecte medicale : „Citadela", „El Hakim" sau piesa „Platon Crecet" (de Korneiciuc) și atîtea altele. S-ar putea găsi și în medicina noastră, astfel de subiecte pentru scriitori.

Astfel de propuneri nu vizează scoaterea din anonimat a unor vieți sau fapte deosebite, ci numai pentru a reda o imagine mai justă a medicului din țara noastră, a medicului cu înaltă conștiință socialistă. Căci numeroși sînt medicii din țara noastră, care își umplu viața lor cu astfel de fapte de eroism cotidian, care depun o asistență nelimitată în ore și care nu se despart de bolnavii lor, pînă ce aceștia nu au ieșit din impasul și umbra morții.

Un alt exemplu de medic adevărat, de medic apostol din tagma celor anonimi este acela relatat de N. Tic în ziarul *„Scînteia"* din 20 aprilie 1970. Articolul este intitulat „Celebrul

Scanned with CamScanner

anonim" și merită a fi comentat pentru frumusețea conținutului și a stilului, a compoziției, precum și pentru morala povestirii. Acest medic de spital, lucra de 37 de ani, în orașul C., considerat în mod simplu, ca „un bun medic de provincie, cu faimă în orașul și în satele din jur, și despre care pacienții spuneau că este un fel de apostol, dăruit altora, dăruit meseriei pînă la sacrificiu". Era desigur, marea lui mulțumire, această frumoasă considerație de care se bucura. Dar, iată, că nu toți pacienții îl judecă astfel. Operat de 2 ori, cu succes de medicul acesta, și acum cînd se simte excelent, ce credeți că răspunde un fost pacient unei întrebări a autorului articolului, care se interesa ce mai face medicul V ? „Ce să facă ? ziua la spital, noaptea la spital, dar pentru asta n-o să-i ridice nimeni statuie. Mai are un an pînă la pensie și gata".

Cîtă satisfacție răutăcioasă și ingrată în aceste cuvinte !

Și iată cum comentează, cu fină ironie, mai departe, autorul articolului (în stil de scrisoare către medicul V.), această judecată ingrată a fostului pacient. Redăm întocmai partea finală a articolului pentru frumusețea stilului și mai ales, pentru profunda înțelegere a unor aspecte din relațiile medic-pacient :

„Iar acum, cînd e sănătos, cînd se simte excelent, cunoscutul dumneavoastră și al meu îi dă înainte cu statuia : crede că i-ați sărit în ajutor pentru ca, într-o zi, să vi se ridice o statuie. Altfel, nu poate să-și explice grija și generozitatea dumneavoastră. Se spune că într-o carieră de medic nu ați refuzat o singură dată să acordați ajutorul solicitat. Ziua, noaptea — la spital. Pe urmă, după ce le-ați redat sănătatea, unii dintre pacienții dumneavoastră s-au întrebat ce anume vă determină să renunțați atît de ușor la orele de odihnă și de somn, pentru a vă îngriji de soarta lor ?! Explicații, oamenii caută explicații. Unii spun că și-așa, tot n-aveți somn... Alții, că vă duceți la spital în virtutea obișnuinței.

Cunoscutul dumneavoastră și-al meu e convins, că vă doriți o statuie în curtea spitalului, dacă nu chiar în piața din centrul orașului. Dar, mai zice dînsul, nimeni nu se grăbește să i-o ridice. Mai are un an pînă la pensie, și gata !... Crede că sînteți un om bun, dar total lipsit de spirit practic : nici carieră n-ați făcut, nici avere n-ați adunat, nici pe copii nu i-ați aranjat în nu știu ce situații (și mi-a dat de-nțeles că în toate privințele dînsul stă mult, mult mai bine). Așadar, generozitatea dumneavoastră de-o viață îi stîrnește un zîmbet ironic, și-atît. Și, cu toate astea, sînt convins că nu regretați nici măcar o clipă că de două ori l-ați scăpat din ghiarele morții. Îmi pare că sînteți unul din aceia care n-o să regrete niciodată că nu s-a ocupat de propria-i situație. Alții, sute și mii, au dispus de timpul, de răbdarea, de priceperea

Scanned with CamScanner

și de generozitatea dumneavoastră... Să vă spun, acum, că sînteți un erou ? Nu, nu sînteți decît un bătrîn doctor, care mai are un an pînă la pensie. Un celebru anonim, în fața generozității dăruirii căruia mă plec cu emoția și respectul ce-l datorăm oamenilor adevărați".

Astfel de fapte eroice mărunte uzuale sînt multe : ele se strîng în viața fiecărui medic adevărat și îi conferă, cu timpul, acea mulțumire sufletească și acea aureolă de fericire, prin care medicul simte că a corespuns la ceea ce se așteaptă de la el, de la medicul despre care Homer a spus că „valorează el însuși mai mulți oameni".

Oamenii pe care i-a salvat de la moarte.

51.

Condiții etice ale experimentării clinice

Ca și celelalte domenii ale științei, cercetarea științifică efectuată pe om — clinică sau epidemiologică *(sensu lato)* — trebuie concepută obligatoriu în sensul ei moral cel mai înalt : acela de a fi dedicată obținerii unei mai bune stări morale și materiale a oamenilor, sănătății sau însănătoșirii acestora. Întrucît, însă, în acest timp de cercetare, omul este totodată obiect și beneficiar, apare o a doua condiție esențială : aceea ca cercetarea să fie condusă în așa fel, încît să nu se aducă nici un prejudiciu acelora pe care se efectuează. Ne aflăm deci în fața a două condiții inexorabile, *sine qua non,* fără de care experimentarea pe om nu ar putea fi concepută și nici admisă.

Începem prin aceste afirmații peremptorii, întrucît pentru unii — în special pentru lumea nemedicală (juriști, jurnaliști, marele public) — orice cercetare biomedicală pe om apare ca o acțiune greu acceptabilă, inadmisibilă și chiar imorală, o încălcare a eticii, în care cineva trebuie să plătească un preț : acela al riscului în căutarea de nou. Cît de etic este însă acest preț sau este oare etic ?

Dezbateri numeroase au avut loc în acest scop, în ultimii ani, în cele mai înalte foruri (academii, societăți științifice internaționale), finalizate cu recomandări, declarații sau redactarea unui cod moral al cercetării pe om, așa cum vom arăta mai departe.

Scanned with CamScanner

Resentimentele opiniei publice, față de cercetarea biomedicală pe om sînt — în mare parte — firești, dacă ne gîndim că în acest tip de cercetare se poate aluneca foarte ușor, uneori pe nesimțite, alteori mai evident, spre experimentul periculos, care implică prejudicii pentru cei supuși experimentării. Este edificator în acest sens să amintim aici de odioasele și sălbaticele experimente făcute de medicii naziști pe prizonierii și deportații din lagăre, în timpul celui de-al doilea război mondial, sancționate, cum se cuvine, prin sentințele date de Tribunalul Militar Internațional de la Nürenberg în 1947 („Trial of War Criminals", „The Medical Case") (35).

Este totuși posibil ca, ici și colo, să mai apară unele experimentări pe om, cu încălcarea eticii cercetării științifice. Astfel, în 1947, a provocat multă indignare dezvăluirea publică a rezultatelor unui studiu de durată asupra terapiei sifilisului *(Tuskeegee Syphilis Study)*, efectuat în S.U.A., prin care un mare număr de pacienți negri au fost lăsați fără tratament antisifilitic, timp de 30 de ani, pentru a se vedea consecințele care rezultă (bineînțeles fără știrea lor) (36). A trebuit ca o „Comisie națională pentru protecția indivizilor umani cu cercetarea biomedicală și a comportamentului" să lucreze 4 ani pentru a elabora reglementarea pe plan etic a unor astfel de cercetări.

Discuții au provocat și experiențele făcute de Krugman pe copiii debili mintali din școala de la Willowbrook (lîngă New York), prin care s-au făcut transmiteri la copii ale virusurilor A și B ale hepatitei virale și, ulterior, încercări de vaccinare. Motivarea adusă de autor privind aceste experimentări a fost aceea că majoritatea copiilor din această colectivitate făceau hepatită curînd după intrarea în școală. Un comitet de etică a cercetării a analizat ulterior acțiunea și a aprobat cercetarea (care a adus clarificări importante în diferențierea și imunologia hepatitelor virale).

Reglementări etice ale cercetării pe om

Începînd cu codul hipocratic, au apărut numeroase formulări etice cu privire la practica medicinii. *Salus aegroti suprema lex!* Cercetarea biomedicală pe om a rămas însă timp de secole interzisă, mai ales în întunecimea Evului Mediu. Numai cu Vesalius (sec. XVI), s-a putut depăși interdicția disecției și s-a

35) BEECHER H. — Experimentation in man, *J. Amer. med. Ass.*, 1958, 169, 461.
36) JONSEN A. R. — Aspects éthiques des expérimentations cliniques, *Triangle* (Journal Sandoz des Sciences Médicales), 1981, 2—3, 45.

Scanned with CamScanner

ajuns la cunoașterea anatomiei corpului uman, după care au urmat marile descoperiri, bazate pe experimentări pe om, ale lui Harvey (privind circulația sîngelui), Jenner (1798, introducerea vaccinării antivariolice), după care au urmat cercetările marilor experimentatori Claude Bernard și Louis Pasteur din sec. al XIX-lea.

Justificarea cercetării biomedicale pe om s-a impus astfel treptat, pe baza evidenței că nici un progres științific medical în serviciul oamenilor nu poate fi realizat, dacă cercetările de laborator sau cele efectuate pe animale nu sînt verificate pe om. Orice progres în medicină depinde de cercetare și majoritatea cercetărilor biomedicale necesită experimentarea pe om. Experimentarea pe om este necesară, dar cu o singură condiție : de a nu provoca nici un rău aceluia asupra căruia se efectuează (Cl. Bernard, 1856). Sau, după cum se exprima mai recent Wiggers :

„Printre experimentele, care pot fi făcute pe om, acelea care pot numai să dăuneze sînt interzise, acelea care sînt fără nocivitate sînt permise și acelea care pot contribui la mai bine sînt obligatorii" *(Human experimentation*, citat de Beecher) (35).

Justificarea experimentării pe om a fost legal și moral recunoscută, cu condiția de a nu dăuna celui supus experimentării. Această condiție este esențială. Dar poate fi prevăzut și poate fi totalmente prevenit riscul unei nocivități, în cursul experimentării ? Se poate afirma, simplu, că în orice cercetare pe om trebuie calculată, în prealabil, relația risc/beneficiu. Este însă oare justificat, din punct de vedere etic un astfel de calcul ?

Imensul avînt al cercetării științifice medicale din acest secol, ca și temeritatea unor investigatori în experimentarea pe om, au ridicat numeroase probleme și dileme etice, care au făcut necesară elaborarea unor reglementări în acest sens.

Prima reglementare de ordin etic a experimentării pe om a fost *Codul de la Nürenberg*, apărut în 1947, ca rezultat al judecării odioaselor experimentări făcute în lagărele de prizonieri și deportați de către medicii naziști. Cele 10 puncte ale codului de la Nürenberg conțin regulile esențiale ale experimentării pe om, fiind reluate și întregite apoi în *Declarația de la Helsinki* (1964), adoptată de „Asociația medicală mondială" (în cea de a 18-a sesiune) și revizuită la „Reuniunea medicală mondială" de la Tokio (1975).

Declarația cuprinde 3 capitole :

I. Principiile de bază (dispoziții comune).

II. Reguli etice pentru cercetarea clinică, combinată cu îngrijirea profesională (experiența terapeutică).

III. Reguli pentru cercetarea clinică (experimentarea) neterapeutică.

Scanned with CamScanner

Redăm mai jos conținutul lor :

I. *Principiile de bază* (dispoziții comune) :

1. Experiența pe o ființă umană trebuie să respecte principiile morale și științifice, care justifică cercetarea în medicina umană. Experiența pe o ființă umană trebuie bazată pe examene de laborator, cercetări pe animale sau pe orice alte date științifice stabilite.

2. Experiența pe o ființă umană trebuie condusă de persoane calificate științific și sub supravegherea unui medic calificat.

3. Experiența nu poate fi încercată legitim decît dacă importanța scopului vizat este în raport cu riscul la care este expus subiectul.

4. Înainte de a întreprinde o experiență, trebuie evaluate — cu grijă — riscurile și avantajele previzibile pentru subiect și pentru alte persoane.

5. Medicul trebuie să fie de o prudență deosebită, în cazurile cînd întreprinde o experiență, în cursul căreia personalitatea subiectului poate fi alterată de medicamente sau de procedeele de experimentare.

II. *Experiența terapeutică :*

1. În cursul tratamentului, medicul trebuie să aibă libertatea de a recurge la o nouă metodă terapeutică, dacă el apreciază că aceasta oferă o speranță serioasă de a salva viața, de a restabili sănătatea sau de a ușura suferințele bolnavului.

El trebuie, în măsura posibilă și ținînd cont de psihologia pacientului, să obțină *consimțămîntul liber și informat al acestuia* sau, în caz de incapacitate juridică, acela al reprezentantului său legal. În caz de incapacitate fizică, consimțămîntul reprezentantului legal va înlocui pe acela al bolnavului.

2. Medicul nu poate asocia experimentarea pe o ființă umană la medicina de îngrijire, în vederea cîștigării de noi cunoștințe medicale, decît în măsura în care această experimentare este justificată printr-o utilitate terapeutică cu privire la bolnav.

III. *Experimentarea neterapeutică :*

1. În aplicarea unei experiențe pur științifice, întreprinsă pe om, funcția medicului în această situație constă în a rămîne protectorul vieții și al sănătății subiectului supus experienței.

2. Natura, motivul și riscurile privind viața și sănătatea subiectului supus experienței trebuie să fie explicate acestuia de către medic.

3. a) Experimentarea pe o ființă umană nu poate fi întreprinsă decît cu consimțămîntul liber și informat al subiectului și, dacă juridic este incapabil, cu acela al reprezentantului său legal.

Scanned with CamScanner

3. *b)* Subiectul supus experienței trebuie să fie într-o stare fizică, mentală și juridică, în așa fel încît să poată exercita din plin facultatea de a alege.

3. *c)* Consimțămîntul trebuie, de regulă, dat în scris. Responsabilitatea unei experiențe pe o ființă umană incumbă întotdeauna omului de știință și nu incumbă niciodată subiectului care se supune de bună voie experienței.

4. *a)* Dreptul fiecărui individ de a salvgarda integritatea propriei persoane trebuie respectată de experimentator și în special dacă subiectul se află într-o stare de dependență față de experimentator.

4. *b)* Subiectul sau reprezentanții săi legali să fie liberi în orice moment pentru a suspenda experiența.

Experimentatorul și colaboratorii săi trebuie să oprească experiența, dacă — după părerea lor — continuarea riscă să expună la pericol persoana supusă experienței.

Din lectura acestor articole, rezultă clar că orice cercetare biomedicală, implicînd experimentarea pe om, trebuie să respecte o serie de principii de ordin etic, dintre care două apar, în mod deosebit, ca fundamentale (37):

— Primul constă din obținerea unui *consimțămînt liber și informat* din partea persoanelor, care se presupune că vor intra în experimentare.

— Al doilea constă dintr-un *control exercitat asupra proiectului de cercetare,* inclusiv modul cum s-a obținut consimțămîntul persoanelor în cauză, de către un *organ competent* și care se bucură de *o independență totală față de cercetătorii respectivi.*

Modalitățile de aplicare în practică a acestor două principii au determinat numeroase deliberări, cel mai recent la a 15-a masă rotundă cu experți CIOMS (Consiliul organizațiilor internaționale de științe medicale), care s-a ținut la Manila (Filipine), la 13—16 septembrie 1981.

Consimțămîntul liber și informat

Această primă condiție a cercetării biomedicale pe om constituie un drept fundamental al omului. Se subliniază însă că un astfel de consimțămînt, de a se supune unei experimentări, trebuie dat numai în condiții de liberă decizie a persoanelor res-

37) GUTTERIDGE FR. — Expérimentation sur l'homme et étique médicale. *Chronique O.M.S.,* 1981, 35, 237.

Scanned with CamScanner

pective și numai după explicații prealabile. Orice cercetare trebuie făcută deci pe bază de voluntariat, de acceptare liberă și bine informată, cu privire la tipul cercetării, a semnificației acesteia și a consecințelor posibile.

Declarația de la Helsinki prevede clar că, pentru a lua o astfel de decizie, persoanele respective trebuie să fie într-o *stare fizică, mintală și juridică*, de așa natură, încît acestea să-și poată exercita din plin facultatea de a accepta sau nu participarea la cercetare. Se ridică, în primul rînd, *problema minorilor și a persoanelor cu deficiențe psihofizice*.

În privința copiilor, recomandările sînt clare : copiii nu trebuie supuși niciodată unei experimentări, dacă aceasta se poate face pe adulți. Excepție fac numai cercetările care vizează condiții și boli proprii ale copiilor sau situații particulare ale acestora, care trebuie lămurite (anumite medicamente, vaccinuri). Dar, și în aceste cazuri, se prevede aprobarea părinților sau tutorilor legali. Se consideră însă că părinții nu au dreptul să refuze corectarea unei anomalii din naștere a copiilor, pentru motive sociale sau religioase (38).

Nu există încă un consens, cu privire la vîrsta la care o persoană, încă minoră pe planul legii, poate fi considerată că posedă facultatea de discernămînt suficientă, pentru a decide participarea la cercetare (37).

În ceea ce privește persoanele cu infirmitate fizică ori mintală, se va cere autorizația părinților sau tutorilor legali. În lipsa acestora, singura metodă pentru a respecta etica medicală constă din a supune protocolul cercetării unei examinări de către un organism — comitet etic — independent de cercetător.

Femeile gravide și cele care alăptează nu trebuie să fie supuse niciodată cercetărilor cu scop neterapeutic, cu excepția acelora care vizează în mod clar elucidarea unor probleme legate de sarcină sau de alăptare (37). În acest tip de cercetare, se va avea în vedere nu numai securitatea mamei, dar și aceea a fătului sau a sugarului.

Consimțămîntul informat poate fi dat oral sau în scris. Unii consideră însă că o iscălitură constituie un „cec în alb" inadmisibil (39) ; codul etic prevede că, oricînd, persoana respectivă se poate retrage din cercetare. În practica cercetării, există destule cazuri, în care obținerea consimțămîntului informat s-a obținut în condiții etice satisfăcătoare. Dar nu toți autorii sînt de această

38) SHAW A. — Dilemmas of „informed consent" in children, *New Engl. J. Med.*, 1973, 289, 885.
39) SCHELLING J. — Quelques remarques sur la recherche Clinique et l'éthique médicale, *Méd. et Hyg. (Genève)*, 1974, 1 095, 540.

Scanned with CamScanner

părere, unii considerîndu-l mai mult un „mit" decît o realitate. Desigur, multe depind de gradul de cultură și înțelegere al persoanei solicitate pentru experimentare și de explicațiile primite și înțelese. Astfel, într-o cercetare privind efectele adverse (tromboembolice) ale pilulei anticoncepționale, un proiect de cercetare, propusă într-o țară asiatică, prevedea la sfîrșit iscălitura sau aplicarea degetului persoanei respective (!).

Decizia mai depinde de gradul de dependență sau independență a persoanelor față de experimentatori.

Cu toate rezervele privind aplicarea acestei condiții etice, *consimțămîntul liber și informat* rămîne o condiție fundamentală pentru orice cercetare biomedicală pe om, în clinică sau în colectivitate.

Problemele etice ale studiului clinic controlat

Studiul clinic controlat (prin randomizare, simplu orb sau dublu orb) rămîne singura metodă științifică, utilizabilă în experimentarea pe om și indispensabilă pentru evaluarea medicamentelor. Fără astfel de studii, ne-am rătăci cu totul în imensitatea numărului de medicamente, care bat la poarta consacrării clinice, așa cum am căutat să demonstrăm și noi într-un editorial publicat, privind studiul clinic controlat (40). Cu toate unele critici care i s-au adus, de ordin metodologic și etic, studiul clinic controlat rămîne singura metodă satisfăcătoare de care dispunem în cercetarea terapeutică pe om și care elimină orice îndoială asupra valorii unui nou remediu sau metodă de tratament.

Se elimină astfel :

— subiectivismul aprecierii experimentatorului (prin folosirea tehnicii „dublu orb") ;

— efectul „placebo" din partea pacienților ;

— evoluția naturală, spre vindecare, a unor boli.

La acești factori, se mai adaugă și alți factori variabili : vîrsta și sexul celor cercetați, starea organelor, forma clinică de boală, asocierile morbide, interacțiuni diverse, precum și unii factori întîmplători, care pot influența rezultatele.

De aceea, într-un studiu clinic controlat se face o experiență comparativă, pe două loturi egale și uniforme de bolnavi (un lot fiind martor), incluși în cercetare prin *randomizare* (prin alter-

40) VOICULESCU M. — Studiul clinic controlat și importanța sa pentru evaluarea medicamentelor noi, *Viața med.*, 1981, 7, 289.

Scanned with CamScanner

nanță sau tragere la sorți). Criteriile de apreciere trebuie să fie obiective și pe cît posibil cantitative (criterii măsurabile) și evaluate statistic. Tipul de studiu poate fi : *deschis, simplu orb* (numai bolnavul nu cunoaște în ce lot se află) sau *dublu orb* (nici bolnavul nici medicul, care notează efectele sau alte modificări, nu cunosc în care lot se administrează medicamentul de cercetat și în care se administrează substanța „placebo" sau alt medicament pentru comparație).

Fără astfel de studii, ne-am întoarce la vechi ignoranțe terapeutice ori iluzii de vindecare. Acest tip de studiu nu poate fi înlocuit de experiența medicului, care rămîne cu un coeficient subiectiv.

Studiul clinic controlat a fost supus însă unor *critici etice*, uneori destul de acerbe, chiar în situația obținerii unui consimțămînt liber și informat a celor supuși experimentării.

Se reproșează îndeosebi următoarele și se ridică următoarele întrebări :

— Avem dreptul să situăm un bolnav într-un lot sau altul prin hazard (randomizare), mai ales cînd în lotul martor folosim un *placebo* sau un remediu pe care-l considerăm mai puțin eficient ?

— Este oare etic să începem un studiu cu un medicament, pe care îl socotim mai puțin eficient, în timp ce există un medicament activ la care bolnavul are dreptul ?

— Dacă apare o diferență terapeutică evidentă, este bine să continuăm mai departe, pentru a ajunge la numărul de cazuri propus în protocolul de cercetare și pentru semnificația statistică, sau este mai bine să ne oprim ?

— Dacă apar noi situații sau efecte adverse, continuăm, ne adaptăm, modificăm protocolul de cercetare sau oprim cercetarea ?

— În mod deosebit, se ridică probleme etice în folosirea metodei cu placebo la lotul martor. În mai multe articole ne-am referit și noi la indicațiile și limitele etice și legale ale folosirii de placebo în experimentarea clinică (41)(42). Deși, în literatura medicală, se apreciază că au apărut peste 1 500 de articole despre placeboterapie, numai în 18 dintre acestea se tratează despre aspectele etice (43).

41) VOICULESCU M. — Placebo. Indicații și limite etice și legale ale utilizării în experimentarea clinică, *Viața med.*, 1971, 18, 24, 1 106.
42) VOICULESCU M. — Despre unele condiții etice ale cercetării științifice în medicina clinică, *Viața med.*, 1962, 9, 23, 1 393.
43) SILBER T. J. — Placebo therapy : the ethical dimension, *J. Amer. med. Ass.*, 1979, 242, 245.

Scanned with CamScanner

Pe plan etic, sau propus diferite soluţii (36)(44)(45)(46) :

— Să se cuprindă în aceste studii numai voluntari, care acceptă în mod deliberat tipul de cercetare şi consecinţele posibile (consimţămîntul liber şi bine informat).

— Protocolul de cercetare să fie astfel elaborat, încît riscurile cercetării să fie reduse la minimum. În lotul martor, poate fi inclus un remediu clasic, aflat în uz.

— Mersul cercetării să fie controlat îndeaproape, iar în cazuri speciale cercetătorul să se adapteze la noile situaţii sau să oprească cercetarea la un număr mai mic de cazuri. Nu este nevoie totdeauna de a realiza loturi mari, mai ales cînd diferenţele devin semnificative statistic pe loturi mai mici.

— Trebuie evitată rigiditatea unor studii, ţinînd seama de condiţii etice. Studiile clinice randomizate trebuie să fie şi umane totodată !

Modalităţile de control etic al cercetării biomedicale pe om

Se consideră astăzi ca necesară înfiinţarea unor *comitete de control* sau *comisii de etică*, pe plan de unitate (clinică, spital, institut de cercetare) sau pe plan regional (teritorial), pentru cercetarea clinică. Astfel de comisii trebuie să fie alcătuite din persoane competente, cu cunoştinţe de metodologie şi etica cercetării biomedicale, şi care să fie independente de cei care fac cercetarea. Orice protocol de cercetare trebuie să fie examinat riguros şi adoptat sau respins de o astfel de comisie, în funcţie atît de *metodologia ştiinţifică propusă*, cît şi de *concepţia etică a cercetării* (control deontologic pe baza principiilor de etică ale cercetării biomedicale pe om).

Se consideră necesar ca respectul regulilor etice ale cercetării pe om să fie predate în facultăţi şi cunoscute de studenţi în cursul formării lor (37). Menţionăm că pentru I.M.F.-Bucureşti a fost redactat un „Ghid metodologic pentru elaborarea şi redactarea lucrărilor de diplomă în domeniul medicinii“ (47), în care se cuprind şi condiţiile etice ale cercetării clinice.

44) VERE D. — Controled clinical trials : the current ezhical debate, *J. Royal Soc. Med.*, 1981, 74, 85.
45) FEINSTEIN A. — Problèmes et discussions dans les essais randomisés : commentaire, *Triangle*, 1981, 2/3, 33.
46) GROSS F. — Considerations éthiques relatives aux expénimentation cliniques, *Triangle*, 1981, 2/3, 39.

Scanned with CamScanner

Organizația CIOMS a prevăzut editarea unor fascicole, de uz internațional, cu condițiile etice ale cercetării clinice (37).

În concluzie, cercetarea biomedicală pe om este indispensabilă, pentru evaluarea unor noi metode de diagnostic, de tratament, a medicamentelor și a produselor biologice. Ținînd seama că toate aceste încercări sînt efectuate în interesul sănătății omului, se consideră că ele constituie nu numai dreptul, dar și datoria medicului, dacă se fac cu respectarea condițiilor etice mai sus amintite și suprimarea sau reducerea la minimum a riscurilor cercetării.

După cum se exprima recent un autor (44) :

„A cîștiga noi cunoștințe se obține cu riscuri, așteptate sau imprevizibile, dar acestea costă mai puțin decît ignoranța, care are mai multe riscuri și care trec nevăzute ori nenotate".

47) VOICULESCU M. — Ghid metodologic pentru elaborarea și redactarea lucrărilor de diplomă în domeniul medicinii. Broșură, Editura I.M.F. — București, 1980.

Scanned with CamScanner

V.

Medicina la timpul prezent

52.

Nutriția în actualitate

De cîteva decenii, nutriția omului s-a menținut în permanentă actualitate, îndeosebi pe plan medical, dar și social, deoarece în multe privințe problema are aspecte mixte, medico-sociale.

Se pare însă că interesul oamenilor pentru nutriție, în legătură cu sănătatea, este mult mai vechi, din îndepărtata antichitate. Astfel, după Herodot, egiptenii considerau că „hrana este sursa tuturor relelor". În ceea ce privește termenul de *dietă,* creat de școala hipocratică, aceasta avea la început un sens mult mai larg, deoarece în limba greacă *diaita* însemna „gen de viață". Semnificația inițială a cuvîntului este interesantă, dacă ținem seama de importanța acordată comportamentului alimentar în definirea genului de viață. În același sens, cîteva secole mai tîrziu (1825), marele gastronom francez Jean Anthelme Brillat-Savarin, spunea într-unul din aforismele din cartea sa *La physiologie du goût :* „spune-mi ce mănînci, ca să-ți spun cine ești", confirmînd importanța modului de a se nutri pentru caracterizarea unei persoane (1).

Relațiile dintre nutriție și sănătate sînt deci vechi, poate de cînd lumea, fiind menționate în cele mai vechi texte medicale ale medicilor greci, romani și arabi. Adesea, astfel de preocupări s-au reflectat și în literatură. Demnă de menționat, cu privire la rolul nefast al abuzului alimentar este o piesă de teatru *(La condamnation du banquet)* scrisă în 1507 de Nicolas de la Chesnaye. În această piesă, reluată la un teatru din Liège în 1965, sînt reprezentate, sub formă de alegorie, excesele de desfătări alimentare ale unor convivi și convive, denumiți de circumstanță : *Bonne-Compagnie, Friandise, Gourmandise, Accoutumance, Passe-Temps* etc. Toți aceștia, invitați la trei mese bogate *(Diner, Souper* și *Banquet)* mănîncă atît de mult, încît fac indigestie, se îmbolnăvesc și patru

1) MAURICE DES OMBIAUX — La physiologie du Goût, de Brillat-Savarin, Ed. Soc. Fr. Edit. Litt. et Tech., Paris, 1937.

Scanned with CamScanner

din ei decedează. Ceilalți poartă reclamație la un tribunal suprem, alcătuit din cei mai mari medici ai trecutului : Hipocrate, Galen, Avicenna și Averroes. Tribunalul condamnă la moarte banchetul, iar supeul și dineul la pedepse mai ușoare, plus obligația de a respecta între ele o perioadă de repaus de 6 ore (pentru digestie). *Justice est faite !* și piesa se încheie astfel.

Nutriția : problemă de stat și internațională

Importanța nutriției pentru sănătatea oamenilor a depășit aceste preocupări mai restrînse, devenind o problemă națională, pentru fiecare stat. Încă din 1825, în cartea amintită, Brillat-Savarin sesizase dimensiunile problemei, spunînd (în aforismul III) : „destinul națiunilor depinde de maniera în care ele se hrănesc", ceea ce este foarte onorabil pentru filozofia unui gastronom de atunci.

Pe plan internațional, în afară de cunoscuta organizație internațională F.A.O., care se ocupă cu problema producției de alimente și distribuția lor în lume, Organizația Mondială a Sănătății acordă o atenție deosebită problemelor de nutriție, în legătură cu sănătatea. Astfel, pentru anul 1974, a fost aleasă *nutriția*, ca temă medicală a anului, sub deviza „Alimentație sănătoasă, sănătate mai bună", în speranța de a se capta interesul și colaborarea mai multor factori sociali și economici, pentru remedierea unor *grave aspecte actuale ale malnutriției în lume : unele prin subnutriție, altele prin alimentație excesivă.*

Cu tot progresul tehnico-științific, inclusiv cel medical, al acestui secol, în alimentația actuală a populației globului persistă grave lipsuri, erori și aspecte contradictorii, rezultate în mare parte din inechitățile economice existente, din posesiunea și distribuția inegală de bunuri și, implicit, de alimente.

În mod concret, iată cum apreciază acest dezechilibru, profesorul francez M. Apfelbaum în cartea sa, intitulată *Cei ce se alimentează inegal* (Ed. Stock, Paris, 1980) :

„În timp ce lumea săracă crapă de foame, lumea noastră îndestulată riscă să crape, pentru că mănîncă prea mult".

Se recunoaște deci că, pe de o parte, continuă să existe *stări de subnutriție* (mergînd pînă la tabloul cel mai grav de kwashiorkor, de care suferă o parte importantă a populației, din mai multe țări în curs de dezvoltare). Se estimează că aprox. 800 000 000 de per-

Scanned with CamScanner

soane sînt malnutrite și înfometate și că 50 000 000 mor anual de malnutriție.

Iată cum, Josué de Castro, unul din foștii președinți ai F.A.O. (cel care a scris celebrele opere : *Geografia foamei* și *Geopolitica foamei),* făcea recent următoarea mărturisire :

„Sînt născut la Recife, în Brazilia, în regiunea foamei și a mizeriei, acolo unde funcționează, ceea ce eu am numit *ciclul crabului.* Foarte săraci, locuitorii acestei regiuni trăiesc în mlaștini și n-au altă hrană decît crabii. Dar, aceștia constituie o hrană insuficientă ; atunci locuitorii mor în masă, adesea de foame și este rîndul crabilor să-i mănînce pe aceștia. Astfel cercul s-a închis" (2). Descrierea este terifiantă, dar reală. Josué de Castro a urmat medicina și s-a dedicat de atunci combaterii foamei.

Pe de altă parte, în numeroase țări dezvoltate, locuitorii suferă de urmările excesele alimentare : obezitate, diabet, ateroscleroză și alte boli prin supranutriție. Peste 1/3 din populația adultă a S.U.A. este supraponderală și expusă unei mortalități în exces. Societățile de asigurare din aceste țări au calculat că mortalitatea crește și *durata medie a vieții scade cu 8% cu fiecare 5 kg în plus peste greutatea normală.* La un plus de 25 kg greutate corporală, scurtarea duratei medii a vieții este de aproape 50% (3).

Cu toate avertismentele medicilor, privind riscul bolilor cardiovasculare, mulți oameni continuă să se supraalimenteze, peste nevoile lor calorice.

După Apfelbaum, această „foame a sătuilor" ar avea o explicație în faptul că „secolele de foame nu s-au șters din subconștientul umanității".

„Nu de mult, revoluția industrială ne-a umplut farfuriile și avem la masă reacții de proaspăt îmbogățiți... bogăția paletei noastre gastronomice ne indeamnă să mîncăm fără să ne fie foame".

Este adevărat, așa cum spunea și Björk, că omul nu se lasă frustat de dorința sa pentru plăceri, chiar dacă acestea constituie o amenințare pentru sănătatea sa. Sau, pentru a cita din nou pe Brillat-Savarin, o altă explicație ar fi următoarea : „plăcerea mesei există la toate vîrstele, în toate condițiile și în toate țările ; ea se poate asocia la toate celelalte plăceri și rămîne ultima pentru a ne consola de pierderea celorlalte".

Există o psihologie a nutriției, în care se cuprind nu numai obiceiuri de consum excesiv, dar și calitativ : *ce* și *cum* mîncăm. Preferința pentru hrană rafinată, „care se topește în gură", în locul alimentelor naturale, bogate în „fibre" de celuloză și alte substanțe

2) * * * — La Médecine mène à tout, *Med. Prat.*, 1972 (iunie), 3, 475.
3) * * * — *Statistical Bulletin* (S.U.A.), 1960 (ianuarie), 41, 4.

Scanned with CamScanner

nedigerabile, creează pe lîngă constipaţia cronică, o serie de boli redutabile : cancerul de colon, diverticuloza de colon şi alte suferinţe.

Este limpede : toate anchetele medicale arată o mulţime de erori în nutriţia actuală a lumii, cu consecinţe din cele mai grave, pentru societate şi pentru longevitate. Se apreciază că aproape un deces din două se datorează alimentaţiei neraţionale.

Programe şi recomandări de alimentaţie raţională

Faţă de aceste grave defecţiuni în alimentaţia populaţiei din ţările dezvoltate, în unele din aceste ţări, s-au elaborat recent recomandări sau programe de alimentaţie raţională, pornindu-se de la constatarea necesităţii de a informa populaţia cu principalele obiective ale unei alimentaţii ştiinţifice. Astfel, încă din 1968, în ţările scandinave, s-au alcătuit diete conforme unei nutriţii sănătoase.

În S.U.A., unde raţia medie cotidiană a unui individ este de 2 400 calorii şi obezitatea afectează peste 1/3 din populaţie (20% dintre adolescenţi şi 40% dintre adulţi), o comisie senatorială sub preşedinţia senatorului George McGovern a lansat, în 1977, un program de alimentaţie raţională, cu rol preventiv, conţinînd 6 obiective de dietă, bazate pe date ştiinţifice (4)(5). Documentul cuprinde şi 15 seturi de recomandări, cu scop de prevenire a unor boli, în aşa fel ca să se obţină o reducere cu 25% a bolilor cardiovasculare, cu 20% a cancerului, prin alimentaţie greşită, şi cu 80% a obezilor din S.U.A.

Iată cele 6 obiective :

1. *Creşterea consumului de hidrocarbonate* în aşa fel ca acestea să reprezinte 55—60% din totalul caloriilor consumate zilnic (ceea ce în S.U.A. era necesar). Aceasta se recomandă să se facă prin creşterea hidrocarbonatelor complexe sau amidonoase (pîine integrală şi alte cereale, cartofi, vegetale, fructe), toate cuprinzînd şi fibre dietetice, importante pentru tranzitul intestinal normal.

2. *Reducerea consumului de grăsimi* de la 40% la 30% din totalul caloriilor necesare.

4) * * * — Dietary Goals for the United States. U. S. Senate Committee on Nutrition and Human Need. Washington, D. S. 1977.
5) WOODRUFF C. W. — Dietary goals for the United States, *Amer. J. Dis. Child.*, 1979, *133*, 371.

Scanned with CamScanner

3. *Reducerea grăsimilor saturate la 10% din totalul caloriilor*, rămînînd ca cele monosaturate să constituie 10%, iar cele polinesaturate alte 10%, cunoscută fiind nocivitatea grăsimilor saturate.

4. *Reducerea colesterolului din dietă* la aprox. 300 mg pe zi. De ținut seama că 1 ou conține 250 mg de colesterol în gălbenuș, iar preparatele de ficat și rinichi și mai mult.

5. *Reducerea zahărului rafinat la 15%* din totalul caloriilor necesare (față de 24% anterior, în consumul uzual din S.U.A.), ținînd seama de implicațiile presupuse ale consumului crescut de zahăr și bolile cardiovasculare, precum și în favorizarea cariei dentare.

6. *Reducerea consumului de sare la 3 grame pe zi* (față de consumul actual zilnic de 6—18 grame/zi, deși necesitățile fiziologice sînt de numai 0,5 grame/zi), măsură necesară, ținînd seama de rolul retenției de sodiu în dezvoltarea hipertensiunii arteriale.

Desigur, aceste recomandări au — în principiu — un caracter general, valabil și pentru alte populații, dar cu deosebiri procentuale în funcție de obiceiurile alimentare ale fiecărei țări. De asemenea, aceste recomandări nu sînt valabile pentru femeile însărcinate și pentru copiii mici.

În țara noastră, s-a elaborat în 1982, un *program de alimentație științifică a populației*, cuprinzînd :

— o analiză a creșterii și îmbunătățirii structurii consumului alimentar al populației în anii construcției socialiste ;

— cerințe ale alimentației științifice a populației ;

— structura pe grupe de produse a consumului alimentar fundamentat științific ;

— linii directoare, pentru realizarea alimentației științifice a populației ;

— educarea populației, pentru realizarea alimentației științifice.

Programul a fost publicat în presa cotidiană (14 iulie 1982) și prezentat și explicat populației, de către specialiști în nutriție, prin toate mijloacele de mass-media : radio, televiziune, presă, filme, edituri. O atenție deosebită s-a acordat educării populației, pentru cunoașterea și însușirea de către toți cetățenii a prevederilor programului și formarea deprinderilor de alimentație științifică.

Alimentația gravidei și a copilului

Se știe că dieta, în timpul sarcinii, este una din cele mai importante, atît pentru sănătatea mamei, cît și pentru nașterea unui făt normal. Recent, se apreciază că nu s-a acordat, totuși, în lume, atenția cuvenită importanței nutriției în cursul gravidității.

Scanned with CamScanner

„Dreptul la nutriție este o parte inseparabilă a dreptului fundamental la îngrijirea sănătății și femeia necesită și este îndreptățită la suficiente cantități de factori nutritivi" (6).

După același articol (6), privind nutriția maternă în cursul sarcinii, este indicată o creștere în greutate în cursul sarcinii de 11 kg în medie (0,3—0,5 kg/săptămînă), pentru o mai bună evoluție și rezultat al sarcinii. Se apreciază, de asemenea, că în ultimele 6 luni necesitățile de proteine ajung la 120 g de proteine/zi și mai este necesar un supliment zilnic de 30—60 mg de fier și 200—400 mg de acid folic.

Au stîrnit multe discuții observațiile unor autori cu privire la relațiile dintre apariția unor malformații congenitale (anencefalie, spina bifida) și consumul unor anumiți cartofi pătați (7), în cursul primelor luni de sarcină. Problema nu este încă bine lămurită, dar pînă la o evidentă concluzie, unii recomandă înlăturarea din alimentația gravidei în primele luni de sarcină a oricăror cartofi cu modificări suspecte (pătați sau alterați) (7).

În ceea ce privește alimentația ființei umane în creștere, a hranei copilului, importanța unei diete adecvate este enormă și prea bine cunoscută. Subnutriția și malnutriția copiilor continuă însă să persiste în multe țări din lume. Chiar și în țările dezvoltate, unde predomină alimentația artificială, se semnalează în ultimul timp unele erori și chiar pericole (8), cum sînt : hipernatremia (prin conținutul bogat în sare a multor produse alimentare infantile și a unor preparate de lapte), hidratarea insuficientă (hrană prea concentrată) și tendința la supraalimentație cu risc de obezitate (8)(9).

O mai bună informare privind nutriția științifică

Recunoscîndu-se rolul important al nutriției raționale, pentru sănătatea individului și a colectivității, se pune întrebarea dacă medicina a acționat suficient în acest domeniu. Mulți specialiști afirmă că nu s-a făcut destul.

Se consideră că învățămîntul nutriției în facultate și postuniversitar este insuficient, rămînînd sub nevoile practicii medicale

6) JACOBSON H. — Nutrition in pregnancy, a critique, *J. Amer. med. Ass.*, 1973, 225, 634.
7) * * *— Diet and congenital defects, *Brit. Med. J.*, 1972, 4, 684.
8) * * * — Dilemmas in infant feeding, *Lancet*, 1973, II, 366.
9) * * * — Fashions in infant feeding, *Brit. Med. J.*, 1973, 2, 727.

și ale colectivității. După White, știința nutriției este subapreciată (10). Recent (1983), cu titlul introductiv *„Clinical Nutrition, a New Force"*, revista *Lancet* a început publicarea unei suite de articole consacrate nutriției clinice moderne, concepută ca o specialitate majoră (11).

În țara noastră, în ultimii ani, învățămîntul nutriției în cadrul universitar a căpătat o mai mare dezvoltare, concomitent cu apariția a numeroase cărți de specialitate (12)(13).

Problema cea mai dificilă este popularizarea nutriției științifice la nivelul colectivității. Experiența de pînă acum nu a fost fructuoasă, deoarece nu s-au obținut modificări radicale în obiceiurile alimentare. Intensificarea, în ultimii ani, a educării populației în problemele nutriției, așa cum se efectuează în țara noastră, pe baza programului de alimentație științifică a populației, ca și în alte țări (Franța, S.U.A., Anglia, țările Scandinave) pare să fie însă promițătoare în prezent și în perspectivă.

Desigur, trebuie făcut mai mult prin conferințe la radio, programe la televiziune și broșuri. În unele țări, distribuția alimentelor continuă însă să aibă un caracter numai comercial. Se propune ca ambalajele produselor alimentare să conțină informații pentru public, privind conținutul în factori nutritivi, precum și indicații dietetice. Ar fi indicat să se livreze hrana populației cu mai multe lămuriri, utile sănătății (14)(15).

În sfîrșit, *un cod al bunei nutriții ar trebui să existe în fiecare casă!*

53b

"Fibrele alimentare": o noțiune nouă în nutriție și în patologia digestivă

Știința nutriției moderne s-a îmbogățit în ultimii ani cu o noțiune nouă și — după cum se pare — cu importante

10) WHITE PH. — Modern topics in nutrition, *J. Amer. med. Ass.*, 1973, 224, 1 521.
11) * * * — Clinical Nutrition — a New Force, *Lancet*, 1983, *II*, 166.
12) MINCU I. — Boli de nutriție și metabolism, Ed. medicală, București, 1970.
13) MINCU I. — Tratat de dietetică, Ed. medicală, București, 1974.
14) MINCU I. — Dietetica și medicina contemporană, *Viața med.*, 1980, 4, 151.
15) * * * — Nutrition and Community health, *New Engl. J. Med.*, 1973, 289, 102.

Scanned with CamScanner

consecinţe pentru sănătatea omului : *fibrele alimentare (dietary fiber*, după termenul creat de Trowell) (16). Aceste *fibre alimentare* sau *fibre dietetice* sînt acele substanţe din alimente, care nu sînt afectate de procesul de digestie şi nu se resorb (substanţe de „balast"), rămînînd în intestin şi participînd la formarea scaunului. Importanţa lor a fost recunoscută abia recent, alături de celelalte principii nutritive ale hranei zilnice (proteine, grăsimi, hidrocarbonate, apă, minerale, vitamine).

Absenţa fibrelor alimentare din hrana zilnică întreţine ori favorizează (după studiile de fiziopatologie şi de patologie geografică efectuate pînă acum) *o serie întreagă de boli,* cum sînt : constipaţia cronică, colonul iritabil, diverticuloza şi polipoza colonică şi — cu probabilitate — cancerul de colon, apendicita, hernia hiatală, obezitatea, diabetul, cardiopatia ischemică. Frecvenţa crescută a acestei patologii, caracteristică ţărilor dezvoltate, este pusă în legătură cu hrana modernă, mult prea rafinată şi săracă în „fibre", din aceste ţări, în timp ce în regiunile rurale ale ţărilor în curs de dezvoltare, aceste probleme de patologie sînt practic absente.

Ce se înţelege prin fibre alimentare ?

Pe scurt, prin *dietary fiber* se înţelege, după Trowell (16) : „polizaharidele din plante şi lignina, care sînt rezistente la hidroliza prin enzimele digestive ale omului.

În detaliu, următoarele substanţe intră în categoria fibrelor alimentare (17) :

— *polizaharide structurale,* adică celuloze şi hemiceluloze (homopolizaharide şi heteropolizaharide) ;

— *lignine* (polimeri bazaţi pe unităţi de fenilpropan) ;

— *lipide inutilizabile* (asociate cu fibrele), de tip vaselină sau ceară ;

— *pectine, mucilagii, gume ;*

— *urme de elemente* (zinc, crom, probabil şi magneziu), asociate cu fibrele, toate participînd la metabolismul glucozei şi al insulinei.

Este probabil că şi enzime neidentificate, săruri minerale şi alte substanţe (care rămîn de precizat) sînt larg prezente în peretele celulelor vegetale, într-o formă neabsorbabilă (17).

Pentru exemplificare, *în 100 grame de făină integrală de grîu,* se găsesc 4,4 g material celulozic şi 5,8 g material hemicelulozic, în timp ce în făina albă, rafinată, conţinutul de „fibre" a scăzut la 1/10 (18).

16) TROWELL H. şi colab. — Dietary fiber refined, *Lancet,* 1976, 1, 967.
17) TROWELL H. — Definitions of fibre, *Lancet,* 1974, 1, 503.
18) PAINTER N. S. — Le rôle des fibres alimentaires en pathologie générale et digestive, *Méd. et Hyg. (Genève),* 1977, 35, 2 857.

Scanned with CamScanner

Aceste substanţe, reunite sub denumirea de fibre alimentare, *nu sînt digestibile în intestin şi nu se resorb* (spre deosebire de alte hidrocarbonate, ca : glucoza, fructoza, sucroza, maltoza, lactoza, dextrine). Ele se găsesc din plin în *tărîţa de grîu* (26,7%) şi în *pîinea integrală* (8,50%), în timp ce în pîinea albă se află numai în proporţie de 2,72% (19). După un studiu făcut în R. F. Germania, conţinutul în fibre crude în hrana populaţiei, care era în perioada 1879—1881 de 4,59 kg/an şi cap de locuitor, a scăzut la 2,05 kg în 1925—1927, ajungînd la 1,90 kg în 1968—1971 (20).

Cum acţionează fibrele alimentare ?

Pe scurt, *proprietăţile acestor fibre* sînt enumerate de Eastwood şi Mitchell astfel (citat de 21) :

„Fibrele dietetice vegetale constituie un complex fizic, care acţionează în principal în colon. Ele au proprietăţi de a reţine apa, schimbătoare de ioni şi adsorbante, care variază cu varietatea fructelor şi a vegetalelor studiate. Există importante efecte ale fibrelor asupra activităţii bacteriene şi a soluţiilor, care influenţează soarta metaboliţilor bacterieni de origine exogenă şi endogenă. Astfel de efecte pot decide dacă metaboliţii sînt excretaţi în fecale ori sînt conservaţi, fiind returnaţi la vena portă. Fibrele pot fi, ele însile, metabolizate de bacterii. Substanţele furnizate de fibre au un profund efect asupra metabolismului cecal, un efect cu multiple faţete neexaminate încă amănunţit".

Efectul cel mai net al fibrelor alimentare (la un nivel de 50 g/24 ore) *este acela de a creşte cantitatea de scaun eliminat la 250 g/zi,* în comparaţie cu greutatea de 80—150 g a scaunului majorităţii locuitorilor din ţările dezvoltate, care consumă o hrană rafinată, săracă în fibre. Concomitent cu un scaun mai abundent şi bogat în fibre, datorită capacităţii adsorbante a acestora, se elimină cu scaunul şi unele metale, variate fitotoxine, virusuri, derivaţi de acizi biliari şi (probabil) unele substanţe carcinogene, considerate responsabile de producerea cancerului de colon (19).

19) MENDELOFF A. — Dietary fiber and human health, *New Engl. J. Med.*, 1977, 217, 811.

20) HEUBERGER T., FILIPPINI L. — Indikationen für die Verordung einer faserreicher Kost, *Dtsch. med. Wschr.*, 1979, 104, 12, 417.

21) SPILLER G., AMEN R. — Fiber in human nutrition, N. Y. Plenum Press, 1976.

Scanned with CamScanner

Relațiile între volumul scaunului, durata tranzitului intestinal și consumul zilnic de fibre, așa cum se prezintă în diferite țări din Africa și Europa, au fost studiate de Burkitt și colab. (22). Autorii au constatat că o dietă bogată în fibre determină un scaun bogat, pînă la 450 g/zi și un tranzit rapid, în timp ce dieta săracă în fibre, ca aceea a locuitorilor din Europa, coincide cu un scaun redus, consistent și un tranzit încetinit (constipație). Efectul laxativ al fibrelor a fost probat prin mai multe experiențe.

Acest efect al fibrelor alimentare, de creștere a motricității colonului și de a favoriza un tranzit rapid, este unul din cele mai importante, cu influențe favorabile pentru sănătate. Invers, *regimuri lipsite de fibre favorizează la maximum constipația și dezvoltarea de diverticuli ai colonului și în special ai rectosigmoidului.*

Un alt efect al fibrelor alimentare, demonstrat recent de Heaton și Pomare (23), este acela de a scădea *trigliceridele serice și calciul plasmatic*, prin adaosul la dieta normală de 18—100 g tărîțe de grîu zilnic.

Implicații în patologie și nutriție

Încă din 1969, observații de patologie geografică făcute în Africa de D. Burkitt (24) (același autor care a descris limfomul care îi poartă numele) au arătat că o serie de boli ale tractului digestiv (apendicita, diverticuloza și polipoza colonului, cancerul colonic și rectal) sînt frecvente în Europa, dar foarte rare în populația rurală din Africa. Burkitt a pus în legătură această diferență prin dieta bogată în fibre a populației rurale din Africa, în contrast cu dieta populației din Europa Occidentală, bazată pe hidrocarbonate rafinate și însoțită de constipație și scaune reduse de volum. Într-o conferință recentă, Burkitt și Pinter au prezentat un desen sugestiv, în care au figurat lîngă o cantitate mică de fecale, un spital mare, și lîngă o cantitate mare de fecale — un spital mic... (relație inversă între dimensiunile scaunului și patologia creată) (18).

22) BURKITT D. și colab. — Effect of dietary fibre on stools and transient times and its role in the causation of disease, *Lancet*, 1972, 2, 1 408.

23) HEATON K., POMARE E. — Effect of bran on blood lipids and calcium, *Lancet*, 1974, *1*, 49.

24) BURKITT D. — Related disease-related cause ? *Lancet*, 1969, 2, 1 229.

Cercetări făcute de alți autori, în anii ce au urmat, au confirmat aceste observații și ipoteze. Se consideră că omul a fost obișnuit de milioane de ani să consume o dietă, constînd în principal din vegetale și bogată în fibre alimentare. Ori, prin introducerea oarecum bruscă a dietei moderne, constînd din hidrocarbonate rafinate, grăsimi și proteine animale, s-au produs dificultăți de adaptare, manifestate prin dezvoltarea unor tulburări cronice cu înaintarea în vîrstă.

După Painter (18), frecvența mai multor boli digestive poate fi pusă în legătură cu reducerea sau dispariția fibrelor din alimentație. Una din acestea este *boala diverticulară a colonului* („un nou flagel pentru oamenii în vîrstă"), care pare să fie favorizată de o alimentație rafinată și săracă în fibre, prin scaunele mici și vîscoase, care provoacă contracții exagerate ale colonului, pentru eliminarea lor.

Polipoza colică și *cancerul colorectal* par să fie, de asemenea, favorizate de dieta săracă în fibre, însoțită de constipație prelungită, cu scaune mici și vîscoase, care favorizează — probabil — stagnarea unor substanțe carcinogenetice în colon. Dimpotrivă, o dietă bogată în fibre ar putea proteja față de dezvoltarea cancerului de colon.

Apendicita și sindromul de *colon iritabil* sînt, de asemenea, mai frecvent asociate cu dieta săracă în fibre alimentare.

După Painter și Burkitt, o astfel de dietă, însoțită de constipație și scaune vîscoase, favorizează dezvoltarea și altor afecțiuni (hernia hiatală, varicele și hemoroizii), din cauza eforturilor mari de defecație, care fac să crească presiunea intraabdominală la peste 200 mm Hg.

Hernia hiatală, o boală de mare prevalență în țările occidentale, este pusă în legătură cu dieta săracă în reziduuri de tipul fibrelor alimentare (25).

În fine, par să fie asociate, de asemenea, cu o dietă săracă în fibre o serie de boli de nutriție sau legate de nutriție, ca : *obezitatea diabetul, ateromatoza* și *cardiopatia ischemică*.

Dimpotrivă, o dietă bogată în pectină (guar gum) și polizaharide formatoare de gel pot scădea colesterolemia și pot întîrzia, în experiența pe animale, dezvoltarea ateromului (26). Dieta bogată în fibre, în forma metilcelulozei și cu „guar gum" a fost utilizată în tratamentul obezității pentru diminuarea apetitului.

25) BURKITT D., JAMES P. — Low-residus diets and hiatus hernia. *Lancet*, 1973, 2, 128.
26) Dietary fibre, *Lancet*, 1977, 2, 337.

Scanned with CamScanner

Implicații profilactice

Desigur, aceste relații între dieta bogată în fibre dietetice și prevenirea bolilor mai sus amintite au *importante implicații practice de ordin profilactic.*

O dietă bogată în *legume* (morcovi, varză, conopidă, salată, păstăi de fasole), *fructe* (mere, caise, pere, banane, citrice etc.), pîine integrală și alte alimente bogate în „fibre", poate contribui nu numai la combaterea constipației și a diverticulozei colonice, dar și la profilaxia cancerului de colon, a litiazei biliare, a aterosclerozei, a diabetului gras și a obezității.

Fibrele alimentare trebuie considerate drept factori care au făcut parte totdeauna din alimentația omului, și numai tehnologia nutrițională modernă a dus, în ultimele decenii, la eliminarea lor aproape totală din hrana populației din țările dezvoltate.

Consecințele nutriționale și patologice puse în legătură cu reducerea lor din hrana zilnică și corectarea lor posibilă, prin reintroducerea unei diete bogate în fibre alimentare, deschid noi și importante perspective pentru protecția sănătății oamenilor.

54.

Cafeaua — o problemă pentru sănătate?

Pentru mulți oameni, cafeaua face parte dintre plăcerile cotidiene ale vieții și — spre deosebire de consumul de alcool ori de nicotină — nu a fost blamată și nici urgisită în mod deosebit pe motive medicale. Este adevărat, că nici nu a scăpat pînă acum de unele acuzații și suspiciuni. Astfel, de sute de ani de cînd este cunoscută, cafeaua a suferit uneori interdicții religioase, alteori i s-au atribuit efecte nefavorabile asupra femeilor gravide, problemă reluată prin cercetări recente (27)(28)(29), în timp ce alții au privit-o ca „o otravă detestabilă și neînțeleasă" (30).

27) HOUGUE C. J. — Coffee in pregnancy, *Lancet*, 1981, 1, 554.
28) BORLÉE I. și colab. — Le café, facteur de risc pendant la grossesse ? *Louvain Méd.*, 1978, 97, 279.
29) LINN SH. și colab. — No association between coffee consumption and adverse outcomes of pregnancy, *New Engl. J. Med.*, 1982, 306, 141.
30) VAISRUB S. — A break for the coffee-break, *J. Amer. med. Ass.*, 1975, 231, 965.

Scanned with CamScanner

În ciuda acestor exagerate — sau uneori nedrepte — suspiciuni, cafeaua a rezistat și consumul de cafea a crescut considerabil în epoca modernă, devenind pentru mulți un obicei, o delectare ori un ritual cotidian. În ultimii ani, însă, medicii și cercetătorii, biologi și chimiști, explorînd mereu stilul de viață actual, au supus din nou unor investigații uzul și, mai ales abuzul de cafea, pentru a evalua dacă, cu cît și în ce mod ar putea contribui cafeaua la erodarea sănătății, în special a aparatului cardiovascular și a sistemului nervos central.

Rezultatele obținute pînă acum sînt viu controversate. Astfel, pentru unii cercetători (31)(32), cafeaua constituie un factor de risc pentru boala coronariană. Enumerativ, efectele adverse care i se reproșează sînt următoarele : generarea de hiperlipoproteinemie (efect sinergic cu fumatul), tulburări de ritm cardiac, hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică, hiperglicemie și diabet (?). La acestea, se mai adaugă : favorizarea apariției ulcerului peptic, a unor neoplasme digestive și ale tractului urinar. Unele din aceste acuzații sînt grave. Sînt ele oare justificate ?

Alți cercetători, dimpotrivă, ne asigură de inocuitatea cafelei. Astfel, Dawber și colab. (33), analizînd datele rezultate din cunoscutul studiu „Framingham" pe 12 ani, nu au constatat nici o relație statistic semnificativă între consumul de cafea și infarctul cardiac. Klatsky și colab., de asemenea, nu au constatat nici o creștere a incidenței de moarte bruscă prin cord printre băutorii de cafea (chiar cu 6 cești pe zi), în comparație cu un lot martor (34).

Ținînd seama de aceste controverse, precum și de dimensiunile enorme ale consumului actual de cafea — ca una dintre puținele delectări gastronomice ale omului, însă neproscrisă de medicină — considerăm că un astfel de subiect merită o analiză, pe baza datelor cele mai recente.

Cafea și cafeinism

Cafeaua în uz provine din semințe mature de *Coffea arabica, C. iberica* ori de alte specii de *Coffea* (familia *Rubiaceae*) și care se prăjesc pînă ce capătă o culoare brun închisă

31) PAUL O. și colab. — A longitudinal study of coronary heart disease, *Circulation*, 1963, 28, 20.
32) GOULD L. și colab. — The cardiac effects of coffea, *Angiology*, 1973, 24, 455.
33) DAWBER T. R. și colab. — *New Engl. J. Med.*, 1974, 291, 981. *Rev. Prat.*, 1967, 17, 15, 2 191.
34) KLATSKY A. L. și colab. — *J. Amer. med. Ass.*, 1973, 226, 540.

Scanned with CamScanner

și o aromă caracteristică. Cafeaua se consumă, după cum se știe, de preferință proaspăt prăjită, conservarea necesitînd recipiente ermetic închise.

Principala substanță responsabilă de efectele cafelei este *cafeina*, un alcaloid prezent în cafea în proporție de 1—2% și care face parte dintre xantine, împreună cu teobromina și teofilina (aminofilina). Cafeina este prezentă și în ceai, cacao și cola. Cafeaua „instant" în uz conține 3—4% cafeină ; cafeaua decafeinată trebuie să conțină mai puțin de 0,3% cafeină. O ceașcă uzuală de cafea conține aprox. 0,1 g de cafeină. Doza uzuală de cafeină (folosită ca medicament) este de 0,1—0,3 g, iar doza letală se apreciază la 10 g (cazuri de intoxicație cu evoluție letală) (35).

Cafeaua acționează stimulînd sistemul nervos central (cortex, talamus, centrii vasomotori și respiratori, mecanismul termoregulator), provocînd în doze mari : insomnie, cefalee, iritabilitate, tremurături musculare, uneori convulsii și chiar o stare subfebrilă prelungită, cu probleme dificile de diagnostic diferențial (35). Cafeina în exces produce anorexie și disconfort gastric, precum și o diureză crescută (efectul diuretic este mai slab în comparație cu teobromina).

Efectele citate apar mai evident cînd se depășește 1 gram de cafeină pe zi, fiind încadrate în starea denumită *cafeinism*. Simptome de cafeinism pot să apară însă și *după un consum zilnic de 4 cești de cafea*. Marii băutori de cafea, care prezintă sindrom de cafeinism, devin dependenți de acest alcaloid și, în caz de oprire bruscă a consumului de cafea, dezvoltă un sindrom disforic, devenind ușor iritabili și finalmente letargici (36). Ca măsură preventivă : evitarea consumului de 4 cești ori mai mult zilnic. Într-un caz publicat de Reinmann (35), doza de cafea consumată zilnic ajungea la 1,5—1,8 grame (18 cești zilnic), ceea ce a creat și o stare subfebrilă.

Dintre simptomele gastrointestinale produse de cafea, senzația de *arsură epigastrică și retrosternală* („heartburn") este cea mai supărătoare, fiind atribuită unei hipersecreții acide gastrice. Un studiu recent făcut de Cohen (37) asupra patogeniei simptomelor gastrointestinale induse de cafea, ajungea la concluzia că în special

35) REIMANN H. — Caffeinism. A cause of long-continued, low-grade fever, *J. Amer. med. Ass.*, 1967, 202, 1 105.
36) * * * — Coffee : should we stop drinking it ? *Lancet*, 1981, 1, 256.
37) COHEN S. — Pathogenesis of coffee induced gastro-intestinal symptoms, *New Engl. J. Med.*, 1980, 303, 122.

Scanned with CamScanner

disfuncția sfincterului inferior esofagian este responsabilă de acest simptom supărător, provocînd la persoanele susceptibile un reflux gastroesofagian, și mai puțin hipersecreția gastrică (controlabilă cu cimetedină).

Cafeina ca medicament

Utilizarea în terapeutică a cafeinei este justificată de acțiunea sa asupra sistemului nervos central, asupra mușchilor, miocardului și rinichilor. Cafeina determină o stare de veghe și de activitate mintală crescută (38), facilitează creșterea activității musculare și stimulează centrul respirator și centrul vasomotor medular. Efectul diuretic este atribuit creșterii filtrării glomerulare, sau mai ales reducerii reabsorbției tubulare, dar nu este de natură să amelioreze funcția renală, cînd aceasta este deprimată (38).

Există mari diferențe individuale, în ceea ce privește gradul de insomnie, pe care îl poate produce cafeaua față de aceeași doză administrată, la diferite persoane.

Cafeina este folosită în variate mixturi analgezice (antinevralgice), împreună cu acidul acetilsalicilic și codeina (rol de corectare a unor efecte adverse ale acestora ?), precum și în mixturile antimigrenoase cu ergotamină (Cofedol, Cafergot), considerîndu-se că ar crește acțiunea ergotaminei. Cafeina se mai folosește ca analeptic respirator și cardiovascular în stările de șoc (rol adjuvant terapeutic) și ca excitant cortical în intoxicațiile alcoolice ori cu diverse depresante (barbiturice, opiacee).

Efecte adverse la gravide

În ultimii ani, au apărut studii, cu privire la efectele cafeinei ori ale cafelei asupra sarcinii la femei și, în 1980, conducerea F.D.A. din S.U.A. a atenționat gravidele în sensul de a evita sau de a folosi cu moderație, produse alimentare sau medicamente conținînd cafeină (29). Suspiciunile au pornit de la unele efecte adverse constatate în evoluția sarcinii la animale și care au indicat o scădere în creșterea fetală intrauterină, status subponderal la naștere și anormalități scheletice. Pentru explicarea acestor consecințe ale cafelei, s-a luat în considerare faptul că această substanță

38) WADE A. — Martindale The Extra-Pharmacopoeia, ed. a XXVII-a, Londra, Pharm. Press, 1977 (pag. 277).

Scanned with CamScanner

este o metilxantină, inclusă în structura purinelor, care clădesc materialul genetic, cu riscul potențial de a interveni în multiplicarea și metabolismul celulelor vii. Implicațiile pentru om ale acestor constatări făcute pe animale nu sînt clare, dar cercetările pe sarcina umană *nu au arătat efecte teratogene pe făt, la gravidele care au băut cafea în timpul sarcinii.*

Într-un studiu recent, efectuat pe 12 205 femei, nediabetice și neastmatice, pentru a evalua efectul cafeinei asupra sarcinii, Linn și colab. (29), nu au putut constata nici o relație sigură între consumul chiar intens de cafea și scurtarea duratei sarcinii sau starea subponderală a nou-născutului. Nu s-a constatat, de asemenea, nici un exces de malformații printre copiii băutoarelor de cafea.

Aceste rezultate demonstrează că evoluția sarcinii nu este afectată de consumul de cafea. Unele efecte adverse s-au constatat însă la gravidele, care au consumat 4 sau mai multe cești de cafea pe zi, dar care totodată au fost și fumătoare constante. Aceste rezultate se adaugă la acelea cunoscute pînă acum, după care fumatul constituie un factor cu acțiune nefavorabilă asupra evoluției sarcinii.

Cafeaua și cancerul de pancreas

Cancerul de pancreas a devenit în ultimele decenii, unul din cele mai frecvente (al 4-lea ca frecvență), fiind implicat în aprox. 20 000 de decese anual în S.U.A. (39). Într-un studiu recent pe 369 bolnavi cu cancer de pancreas, comparați cu un lot martor de 644 pacienți diferiți, MacMahon și colab. (39) au căutat să elucideze factorii exogeni, care ar concura la apariția acestui cancer, evaluînd relația posibilă dintre fumat, consumul de alcool și de cafea și apariția cancerului de pancreas. Rezultatele obținute pledează pentru o slabă asociere între fumat și cancerul pancreatic, în schimb arată o asociere netă între consumul de cafea și prezența acestui cancer. S-a stabilit că există un risc relativ de 1,8 la băutorii de 2 cești de cafea pe zi și de 2,7 la băutorii de 3 ori mai multe cești de cafea pe zi. Autorii consideră că proporția de cancer pancreatic, potențial atribuabilă consumului de cafea, este de peste 50% (39).

Desigur, aceste date trebuie confirmate (sau infirmate) și de cercetările altor autori. Comentariile făcute pînă acum de alți cer-

39) MAC MAHON M. și colab. — Coffee and cancer of the pancreas, *New Engl. J. Med.*, 1981, 304, 630.

Scanned with CamScanner

cetători, apărute în aceeași revistă, exprimă rezerve față de concluziile rezultatelor din studiul lui MacMahon și colab. Se consideră că persoanele incluse în loturile cercetate nu au întrunit situații comparabile, iar analiza datelor obținute este criticabilă, ținînd seama de etiologia complexă, multifactorială a cancerului.

Prea multe suspiciuni și prea puține dovezi

În afară de efectele adverse bine cunoscute — și am putea spune clasice — ale cafelei și pe care le găsim în toate farmacopeele oficiale, i s-au mai atribuit deci cafelei o serie de efecte nefavorabile, unele chiar grave, dar care au rămas nedovedite sau cel mult ca incertitudini.

Astfel, o veche acuzație privind asocierea dintre cancerul de vezică urinară și consumul de cafea, nu s-a confirmat prin studii controlate, iar relația cu cancerul de pancreas trebuie să fie supusă unor noi cercetări.

Majoritatea autorilor nu au putut constata o corelație între bolile cardiovasculare și consumul de cafea. Numai în cazul tulburărilor de ritm, se deconsiliază uzul de cafea, ca măsură de precauție.

Nu s-a dovedit, în mod incontestabil, un efect de creștere a lipidemiei, după consumul cronic de cafea, iar efectul de hiperglicemie se pare că survine numai la persoanele cu diabet de maturitate sau cu predispoziție în acest sens.

Efectele adverse asupra sarcinii sînt negate de ultimele cercetări.

Ce mai rămîne atunci din reacțiile adverse ale cafelei ? Se pare că deocamdată numai efectele adverse „clasice" din farmacopee, determinate de un consum excesiv și reunite în sindromul de „cafeinism".

Ca și în alte domenii, tot ceea ce este prea mult strică (sănătății).

Concluzia practică este de a consuma mai departe cafea, dar moderat, iar interdicțiile de ordin medical să fie cît mai rare și bine fundamentate, pentru a nu cădea în erezia după care medicii cînd nu mai știu ce medicamente să mai prescrie, atunci „proscriu" interzicînd în toate părțile cîte ceva.

Scanned with CamScanner

Intoxicații alimentare mai puțin cunoscute

Tubul digestiv sau „aparatul pentru importul materiei", așa cum îl mai denumise marele nostru anatomist Fr. I. Rainer, poate ocaziona intrarea în organism, odată cu substanțele care se ingeră, a unor variați factori nocivi : germeni patogeni, toxine vegetale, otrăvuri chimice, produși de descompunere organică etc. Din această cauză, și termenul de *intoxicație alimentară (food poisoning)* acoperă un cîmp etiologic prea vast, pentru a putea fi bine definit (40), motiv pentru care alți autori preferă termenul de *toxiinfecție alimentară*, pentru intoxicațiile alimentare produse de germeni patogeni, separîndu-le de *intoxicațiile alimentare* provocate de ceilalți factori (produse chimice, produși organici de descompunere, toxine vegetale) (41).

O intoxicație descrisă de Xenofon în „Anabasis"

Pentru a da un singur exemplu de marea diversitate etiologică a intoxicațiilor alimentare, vom aminti o celebră intoxicație colectivă cu miere, survenită în antichitate și raportată de Xenofon în opera sa istorică „Anabasis" (42). Este vorba de o intoxicație în masă, survenită în anul 401 î.e.n., în cursul retragerii celor 10 000 de luptători greci, care se întorceau spre patrie, în condiții dificile, prin Asia Mică. Ajungînd aproape de coasta Mării Negre, pe care ei au salutat-o cu celebrele cuvinte „Thalassa, Thalassa", soldații au campat apoi în cîteva sate, unde, între altele, unii dintre ei au consumat și mari cantități de miere. Toți aceștia au făcut apoi tulburări digestive importante (vărsături, diaree), și tulburări psihice, cu delir și agitație (aspect de nebunie furioasă), urmată de adinamie profundă, cu revenire lentă în cîteva zile. Acest tablou de intoxicație se explică, astăzi, prin faptul că mierea

40) CHRISTIE A. B. — Infectious Diseases : Epidemiology and Clinical Practice (p. 3), E. S. Livingstone, Londra, 1969.
41) VOICULESCU M. — Boli infecțioase, ed. a III-a, Ed. medicală, București, 1981.

consumată era produsă de albine, care o culeseseră (probabil) din plante cu flori toxice (Hyosciamus, azalee, aconit). În acelaşi sens, se cunoaşte astăzi că mierea produsă cu nectarul recoltat din florile unor plante din familia *Ericaceae* conţine un glicozid toxic (andrometoxina) (42).

Intoxicaţii alimentare cu metaboliţi organici

În cele ce urmează, ne vom referi la acele intoxicaţii alimentare determinate de unii *metaboliţi toxici de origine alimentară*, care apar în alimentele degradate, ca rezultat al unei contaminări bacteriene a acestora. Acest tip de intoxicaţie, mai puţin cunoscut, trebuie căutat în acele focare de intoxicaţii alimentare, în care nu se izolează un agent patogen virulent, cunoscut pentru calităţile sale de a determina toxiinfecţiile alimentare *(Salmonella, Clostridium welchii,* stafilococi enterotoxici şi alţii).

Din punct de vedere al mecanismului de producere, toxiinfecţiile alimentare pot fi împărţite în 3 categorii (43) :

— prin ingestia de *bacterii virulente* (de ex. Salmonella) ;

— prin ingestia de *toxină preformată* (de ex., botulismul, intoxicaţia stafilococică) ;

— prin ingestia de *metaboliţi organici toxici.*

Acest ultim mecanism de producere se caracterizează prin formarea de produşi toxici de degradare a alimentului contaminat cu bacterii, din cauza acţiunii enzimelor bacteriene.

Un exemplu clasic îl constituie o intoxicaţie alimentară colectivă, survenită la Paris, în 1955, care a afectat 550 de persoane şi a fost studiată de Boyer (44). Alimentul determinant a fost un peşte, tonul roşu de Mediterana *(Thynnus thynnus)* adus la Paris cu un camion-frigorifer şi consumat la o cantină şi de diverşi particulari. După $^1/_2$ oră de la ingerare, persoanele respective au dezvoltat o serie de manifestări, constînd din : ameţeli, tulburări vizuale, cefalee violentă cu vasodilataţie în extremitatea cefalică. Tabloul clinic amintea pe acela al unei crize nitritoide. La aceste simptome, s-au adăugat : urticarie gigantă sau edem Quincke, palpitaţie, tahicardie, hipotensiune cu lipotimie, în timp ce tulburările

42) SĂNDULESCU C. — Une intoxication collective par le miel, *Presse méd.*, 1965, 73, 36, 2 070.

43) VINCENT P. — Les métabolites bacteriens toxiques et leur effets en clinique humaine, *Méd. et Hyg. (Genève)*, 1 013, 372.

44) TURPIN J., H. DE LAUTURE — Les toxi-infections alimentaires. *Rev. Prat.*, 1967, 17, 15, 2 191.

Scanned with CamScanner

digestive (diaree și vărsături), mai discrete, au rămas pe un plan secundar. Tulburările au dispărut spontan în cîteva ore sau, la unii, au continuat cîteva zile.

Cercetările chimice și bacteriologice ale peștelui incriminat și a resturilor prelevate din bucătăria cantinei au dat următoarele rezultate : în variate eșantioane s-a găsit un conținut de histamină de 0,08—0,1 g/kilogram de aliment, iar în unele probe cifrele de histamină s-au ridicat la 1,8—4 g/kilogram de aliment. Examenul bacteriologic a pus în evidență numeroși germeni, aerobi și anaerobi, ca : stafilococi, aurii sau albi, sarcine citrine și anaerobe. Aceste microorganisme au acționat transformînd histidina în histamină, prin decarboxilare, provocînd tabloul de *intoxicație histaminică*, cu simptomatologie vasomotorie.

După Vincent (43), substanțele care produc acest tip de intoxicație alimentară pot fi împărțite astfel :

— *Amine toxice* (histamina, isoamilamina, cadaverina, putrescina, tiramina, indolul, gamma-amino-butiratul și betafenil-etil-alanina). Acești metaboliți rezultă din acțiunea asupra substratului de aminoacizi din alimente, de către bacterii, ca : *Cl. welchii, Proteus, E. coli, Cl. septicum, Streptococcus faecalis, Bacillus cadaveris.*

Formarea de metaboliți organici toxici se efectuează în 2 etape : prima de proteoliză, care apare rapid, la temperatura de +20°, ca rezultat al acțiunii enterobacteriilor citate și caracterizate prin apariția de mici peptide. A 2-a etapă, cea de decarboxilare, se realizează treptat, prin acțiunea enzimelor microbiene asupra aminoacizilor din alimente.

Tabloul clinic produs este predominant acela al unei *intoxicații histaminice acute*, fiind mai grav la persoane sensibile la histamină, în special la cele alergice (cu putere histaminopexică redusă).

— *Peptidele toxice* au un rol mai puțin clar, depinzînd mai ales de susceptibilități individuale. O intoxicație alimentară de acest tip este aceea care apare la unele persoane după consumul de vînat fezandat. Tabloul clinic constă din : cefalee, vărsături, diaree, tahicardie, hipotensiune, lipotimie și sudori profunde. Evoluția este scurtă, benignă.

Intoxicații prin substanțe minerale toxice

Alteori, intervin unele substanțe *minerale toxice*, cum sînt *nitriții*, care pot fi prezenți în unele alimente (spanac, țelină, salată verde, conopidă etc.), ca rezultat al alterării nitraților din

Scanned with CamScanner

legumele respective, prin acțiunea reductazei bacteriene a enterobacteriilor și pseudomonadelor contaminante. Nitriții conținuți în alimentul ingerat se absorb și transformă hemoglobina în methemoglobină, rezultînd un tablou de cianoză acută cu polipnee, tahicardie și agitație intensă. Aprox. 30—50% din hemoglobină poate fi transformată în methemoglobină, moartea survenind prin tulburări respiratorii. De obicei, evoluția este favorabilă, prin intervenția medicală : spălături gastrice, oxigenoterapie, transfuzie, injecții intravenoase cu albastru de metilen (8 mg/kilo-corp) (43).

Tabloul clinic de intoxicație prin nitriți se realizează de obicei la sugari, ca rezultat al unui prînz cu vegetalele amintite (puré de spanac conservat și contaminat anterior etc.) sau chiar în urma ingestiei de apă provenită din unele fîntîni, contaminate cu bacterii, care au acționat asupra substanțelor organice, provocînd apariția de nitriți.

La *diagnosticul* de intoxicație alimentară prin metaboliți toxici bacterieni, trebuie să ne gîndim numai după ce am eliminat, în mod sigur, celelalte cauze comune de toxiinfecție alimentară, ca : salmonele, stafilococi, enterococi, toxina botulinică. În cazurile de intoxicații alimentare, în care nu s-a precizat nici una din aceste etiologii, ne orientează și tabloul clinic evocator de *intoxicație histaminică* și evoluția predominant benignă, deși inițial tabloul era impresionant. Examenele de laborator pun în evidență histamina, iar cele bacteriologice revelează o contaminare bacteriană puternică, care poate ajunge la 1—5 miliarde de germeni pe gram de aliment (Proteus, E. coli, piocianic) (după R. Buttiaux).

În funcție de temperatura ambiantă, de pH și de gradul de hidratare a alimentului, acești variați germeni acționează asupra protidelor din alimente, rezultînd amine toxice, în cantități variabile.

Mecanisme enzimatice dirijate folosite în gastronomie

Mecanismele enzimatice, care fac parte din acțiunea catalitică a bacteriilor asupra alimentelor, sînt variate și complexe. Unele din aceste acțiuni pot fi dirijate și sînt folosite, *în sens favorabil*, pentru a realiza anumite modificări ale unor alimente, apreciate în gastronomie (45). Aceste procese enzimatice dirijate sînt efectuate cu bacterii cunoscute, rezultînd o mare varietate de

45) DRIEUX H. — Métabolites d'origine bactérienae dans les aliments d'origine animale, *Méd. et Hyg. (Genève)*, 1972, 1 013, 869.

Scanned with CamScanner

produse „fermentate", ca aspecte, savoare și mirosuri, datorate prezenței de metaboliți, rezultați prin acțiunea microbiană. Aceste „atacuri enzimatice" de origine microbiană sînt foarte variate și nu se limitează la modificarea numai a proteinelor, ci și a glucidelor (fermentație lactică, glicoliză anaerobă) sau realizează o hidroliză bacteriană a lipidelor, cu punerea în evidență de acizi grași liberi, unii cu miros dezagreabil, dar cu aplicări speciale în realizarea unor brînzeturi fermentate.

În procesul de catabolism al bacteriilor asupra produselor alimentare, rezultă deci o gamă foarte largă de metaboliți de origine bacteriană, dintre care unii cu acțiune favorabilă, folosiți în procesele dirijate de om în transformarea unor alimente, iar alții cu acțiune total nefavorabilă, rezultînd produse toxice generatoare de toxiinfecții alimentare.

Acest tip de toxiinfecții alimentare joacă, probabil, un rol important, mai ales în focarele familiale de toxiinfecții alimentare, în funcție de o conservare defectuoasă a alimentelor. Diagnosticul și studiul acestor toxiinfecții este însă dificil, punerea în evidență a contaminantelor toxice multiple necesitînd proceduri complete de laborator. La astfel de intoxicații alimentare, trebuie să ne gîndim însă în situațiile cînd nu s-a izolat un germen virulent, cunoscut ca agent al toxiinfecțiilor alimentare, constatîndu-se în schimb, o contaminare masivă a alimentelor cu bacterii mai puțin patogene (E. coli, B. cereus, Pseudomonas și altele).

56.

Efecte (mai puțin cunoscute) ale băuturilor alcoolice

Băuturile alcoolice sînt de uz atît de comun, încît se poate spune că fac parte de veacuri din viața și civilizația omului. Nu ne vom referi de aceea, aici la interdicțiile raționale, pe care medicul trebuie să le pună în anumite stări morbide, deoarece un medic rațional nu poate fi decît un eclectic și nu acela „care oprește de la toate", sau așa cum s-a spus : „cînd nu știe ce să mai prescrie — proscrie". Nu ne vom referi nici la relațiile prea bine cunoscute dintre consumul de băuturi alcoolice și conducerea auto și nici la efectele medicale și sociale ale alcoolismului.

Vom relata despre cîteva efecte mai recent dovedite și mai puțin cunoscute, care survin la persoane care recurg, modest, la

Scanned with CamScanner

băuturi alcoolice, acel consum „rațional", care nu a fost condamnat niciodată nici chiar de medici. Să ne amintim, într-adevăr că medicul și scriitorul Rabelais, care concepea în terapeutica sa cît mai puține droguri și acorda multă încredere mijloacelor igieno-dietetice și extraselor de plante, nu uita ca în convalescența bolnavilor să le prescrie și o cură de vinuri ușoare de regiune, denumite de el poetic : „rouă de septembrie". Despre variatele prescrieri medicale ale vinurilor, de la cele mai vechi (Hesiod, Hipocrate) și pînă la cele din secolul al XX-lea, după care vinul ar reduce colesterolemia, a apărut chiar o carte (46).

Reacții adverse de tip histaminic

În situația de uz moderat al unei băuturi alcoolice, s-a observat că unele persoane dezvoltă reacții neașteptate și foarte neplăcute, care apar chiar la ingestia unei doze foarte mici, constînd mai ales dintr-o erupție urticariană pe față și pe piept, cefalee, palpitații, scăderea tensiunii arteriale. S-a presupus că, în astfel de cazuri, ar fi vorba de o sensibilizare la alcool, deci o intoleranță de natură alergică (47)(48).

Cercetări recente, însă, tind să demonstreze că aceste reacții de intoleranță se datoresc histaminei, conținută în băuturile alcoolice, în cantități variate, față de care anumite persoane reacționează mai intens, cu multiple tulburări (49)(50). Astfel, dozele de histamină-bază liberă, la 100 ml de băuturi alcoolice, au arătat că vinurile roșii și sherry conțin cantitățile cele mai mari de histamină (de la 250—1 560 μg), în timp ce vinurile albe și berea ocupă o poziție intermediară (4—15 μg), iar whisky-ul și coniacul (brandy), care sînt distilate, nu conțin de loc histamină. Se pare că histamina se formează din histidină, în cursul fermentării alcoolice.

Simptomatologia care apare, la anumite persoane, din cauza băuturii alcoolice se încadrează, într-adevăr, foarte bine în simptomatologia provocată de reactivitatea crescută a acestor persoane

46) LUCIA S. P. — History of Wine as Therapy, J. B. Lippincott Comp., Philadelphia, 1963.
47) DREVETS C., SEEBOHM M. — Dermatitis from alcool, *J. Allergy*, 1961, 32, 277.
48) SIEGLER P. L., STREBEL — Sensitization to alcool, *J. Amer. med. Ass.*, 1966, 196, 745.
49) GRANERUS G. și colab. — Histamine in alcoholic drinks, *Lancet*, 1969, 1, 1 320.
50) MARQUARDT P. și colab. — Histamin in alkoholischen Getränken, *Arzneimittel-Forsch.*, 1963, 13, 1 100.

Scanned with CamScanner

față de histamină. Histamina dilată capilarele și, la astfel de persoane, declanșează ceea ce se numește *cefalalgia histaminică*, cu dilatarea vaselor sanguine la extremitatea cefalică, dureri localizate mai ales în regiunile temporale, secreție nazală, lăcrimare. La acestea, se adaugă o erupție eritematoasă pe față și piept, palpitații, hipotensiune, greață și uneori fenomene astmatiforme. Este o reacție tipică de histamină. Terapeutic, substanțele vasoconstrictoare, antihistaminicele și fenotiazinele dau rezultate bune.

După unii autori, nu este sigur dacă histamina este primar implicată în aceste tulburări sau apare secundar în cadrul reacției de sensibilizare (48)(49). Cercetări ulterioare rămîn să elucideze mecanismul exact al acestor tulburări de tip histaminic.

Hipoglicemia prin alcool : un accident grav

Un alt efect secundar al alcoolului, mai puțin cunoscut, este acela de a declanșa, la anumite persoane, o *hipoglicemie severă* și chiar *comă hipoglicemică*. Această complicație a consumului de alcool a fost recunoscută prima dată în 1941 (51). De atunci, au fost observate mai multe cazuri la adulți (52)(53), dar și la copii (54)(55). S-a arătat că persoanele, care au făcut această complicație, nu erau diabetice și nu prezentau alte modificări pancreatice. Se pare că acest tablou clinic constituie o condiție, relativ rară, apărînd la persoane care manifestă o reacție neobișnuită la alcool. Tabloul clinic este cel clasic : amețeală, convulsii, transpirații reci, letargie, comă. O comă hipoglicemică prelungită duce la leziuni cerebrale ireversibile.

Cantitatea de alcool, după care apar aceste fenomene, nu este necesar să fie mare. Se pare că prezintă importanță o stare prealabilă de foame prelungită, situație în care depozitul de glicogen hepatic este scăzut. După Arky și Freinkel (56), la adulții normali,

51) BROWN M., HARVEY M. — Spontaneous hypoglicemia in „smoke" drinkers, *J. Amer. med. Ass.*, 1941, 117, 12.

52) DE MOURA C. și colab. — Clinical alcohol hypoglycemia, *Ann. intern. Med.*, 1967, 66, 893.

53) * * * — Alcohol and hypoglycemic coma, *J. Amer. med. Ass.*, 1968, 206, 639.

54) MAC LAREN N. și colab. — Alcohol-induced hypoglycemia in childhood, *Brit. Med. J.*, 1970, 1, 278.

55) HEGGARTY H. — Acute alcoholic hypoglycemia in two-4 yearolds, *Brit. Med. J.*, 1970, 1, 280.

56) ARKY A., FREIKEL N. — *New Engl. J. Med.*, 1966, 274, 426.

Scanned with CamScanner

un post de 44—72 de ore este necesar pentru a se induce o hipoglicemie prin alcool, în timp ce la pacienți cu depozitul de glicogen scăzut (de ex., la bolnavi cu tireotoxicoză) este suficient a fi *à jeun* de o noapte, pentru a provoca o hipoglicemie prin alcool.

La copii, starea de hipoglicemie după ingestia de alcool se realizează și mai ușor, deși se bănuiește că trebuie să existe o predispoziție ereditară la unii copii.

În afară de coma hipoglicemică postalcoolică, direct indusă de acesta, se mai cunoaște un *alt tip de hipoglicemie, indusă în mod reactiv de alcool, prin declanșarea secreției de insulină* (57). În acest caz, alcoolul crește notabil efectul stimulator al secreției de insulină, în urma ingestiei de hidrocarbonate. Acest fenomen este cunoscut clinic și studiat experimental (57), prin administrarea unei băuturi alcoolice dulci sau prin adaosul la alcool a unui prînz cu dulciuri, după care urmează o secreție mare de insulină, cu scăderea glicemiei pînă la alterarea funcției cerebrale : imposibilitate de concentrare, confuzie, somnolență, anxietate, congestia feței, transpirații, tahicardie, diplopie și chiar pierderea conștienței. Deși durează uneori numai 10—15 minute, acest complex de manifestări poate fi periculos, mai ales pentru automobiliști, după o „gustare" însoțită de alcool.

Mecanismul de producere a hipoglicemiei prin alcool nu este complet lămurit. Se pare că alcoolul interferează cu mecanismul homeostatic de redresare a tendinței de hipoglicemie.

O situație deosebit de periculoasă se realizează frecvent *la diabeticii*, care primesc *insulină* și — concomitent — recurg întîmplător la o *băutură alcoolică*. Se cunosc numeroase cazuri de diabetici tratați cu insulină, care după consumul de alcool au dezvoltat o comă hipoglicemică profundă ; unii dintre aceștia au decedat, iar alții au rămas cu leziuni nervoase definitive și alterări psihice. Aceste rezultate dezastruoase se datoresc interferenței pe care o are alcoolul asupra mecanismului de reglare a glicemiei, cînd este luat concomitent cu administrarea de insulină.

În concluzie, diabeticii dependenți de tratamentul cu insulină posedă o toleranță foarte scăzută față de băuturile alcoolice, care pot declanșa la aceștia o comă hipoglicemică severă, deseori mortală. În practică, apariția acestor manifestări (transpirații reci, convulsii, simptome neuropsihice bizare, stare de toropeală, evoluînd spre inconștiență și comă), la un diabetic (dependent de insulină), care a consumat băuturi alcoolice, trebuie să trezească numaidecît

57) O'KEEFE ST., HARKS V. — Lunchtione Gin and Tonic as cause of reactive hypoglycemia, *Lancet*, 1977, 1, 1 286.

suspiciunea unei come hipoglicemice, urmată de tratamentul adecvat (glucoză intravenos).

În tabloul de *comă alcoolică la copil*, trebuie să se țină seama și de instalarea concomitentă a unei come hipoglicemice sau a unei hipoglicemii, care agravează coma alcoolică.

57.

Alcool și alcoolism: noi clarificări

Ponderea alcoolismului în lume a crescut enorm în ultimii ani, devenind o importantă problemă medicală, cu un crescînd impact social. Astfel, în S.U.A., se apreciază numărul alcoolicilor la peste 10 000 000 (58), iar după evaluări mai recente chiar la 17 000 000 (59). În Franța, se contează pe aprox. 4 500 000 de băutori excesivi (9% din populație) ; această țară deține și recordul mondial de consum de alcool, anual, pe cap de locuitor : 16 litri (60). Anual, în Franța, mor 15 000—20 000 de persoane din cauza alcoolismului, dar și multe alte țări dețin situații similare. Astfel, în R. F. Germania, se apreciază numărul alcoolicilor la 1 500 000, iar uzul de alcool la 12,2 litri pe locuitor și pe an (61).

Dacă pe plan social nu s-a reușit mare lucru, pînă acum, în controlul alcoolismului, pe plan medical cercetările științifice continuă să abunde în date noi, dintre care cîteva mai importante merită a fi trecute în revistă.

Limitele toleranței la alcoolici

În intoxicația cronică cu alcool, se discută de doze și nu de o doză precisă, deoarece limita toleranței variază, în funcție de persoane, de sex, precum și de organe. Apare din ce în ce mai clar că există o inegalitate a oamenilor în fața intoxicației cronice la alcool, unii fiind mai sensibili decît alții (condiționată probabil genetic). În general, ca graniță a toleranței, se apreciază pentru

58) LIEBER CH. — Pathogenesis and early diagnosis of alcoholic liver injury, *Nw Engl. J. Med.*, 1978, 298, 888.
59) HENNEKENS CH. și colab. — Effects of beer, wine and liquor in coronary deaths, *J. Amer. med. Ass.*, 1979, 242, 1 973.
60) * * * — *România Liberă*, 11 octombrie 1980.
61) NEUKIRCHEN M., HAASE W. — Blutgruppe, Alcohol-Krankheit und Lebreschädigung, *Münch. med. Wschr.*, 1981, 123, 129.

Scanned with CamScanner

femei 20 g alcool/zi (0,250 litri vin), iar pentru bărbaţi 60 g/zi (0,700 litri vin) (62). Aceste limite se apreciază pentru ficat, care după studiile recente se arată a fi mai puternic lezat decît s-a crezut pînă acum.

Pentru pancreas, limita toleranţei se apreciază la 50 g/zi, riscul pancreatitei alcoolice fiind deseori uitat, nu numai de bolnavi, dar şi de unii medici.

Datele pentru sistemul nervos arată o sensibilitate şi mai mare a acestuia. Aproximativ 20 g alcool prelungesc notabil timpul de reacţie optică (important pentru automobilişti), iar 20—40 g alcool diminuă acuitatea vederii cu 15%, înrăutăţeşte vederea la distanţă şi scad adaptarea la întuneric (62).

Aceste efecte nocive apar ca o consecinţă directă a acţiunii toxice a alcoolului. Dar, la acest efect toxic, se mai adaugă acţiuni toxice secundare, prin aport insuficient de vitamine (în special complexul B), malabsorbţie şi subnutriţie, îndeosebi la alcoolicii cronici.

În ce priveşte *doza letală în intoxicaţia acută cu alcool*, aceasta rezultă după o ingestie de 3 g alcool/kilocorp, realizînd o alcoolemie de 5 g‰, doza letală la 50% din pacienţi (DL_{50}) (63).

Alcoolul, cordul şi boala coronariană

Problema acestor relaţii este foarte veche. Prin 1786, Heberden recomanda alcoolul pentru tratamentul anginei pectorale, în ipoteza că etanolul ar creşte fluxul sanguin coronarian şi ar atenua durerea. Cercetările ulterioare, cu privire la efectele consumului de alcool asupra cordului şi asupra bolii coronariene, au furnizat date controversate şi mult discutate. Astfel, cardiomiopatia alcoolică este cunoscută de mult timp şi recunoscută ca o consecinţă frecventă a consumului de alcool, mai ales pentru dozele care depăşesc limita toleranţei cotidiene.

Mai trebuie ţinut seama şi de faptul că, în special la unele persoane, consumul de alcool provoacă tahicardie ventriculară şi aritmii cardiace, uneori chiar fibrilaţie atrială, chiar în absenţa

62) SCHMIDT L. — Grenzen für die Alkohol-verträglichkeit, *Münch. Med. Wschr.*, 1981, 123, 107.

63) SELLERS E., KALANT H. — Alcohol intoxication and withdrawal, *New Engl. J. Med.*, 1976, 294, 757.

Scanned with CamScanner

unei boli de inimă (64). Aceste efecte se atribuie stimulării producției de catecolamine, în cadrul unei excitări nervoase simpatice, care apare ca rezultat al consumului de alcool.

Date aparent favorabile, privind efectele consumului moderat de alcool asupra cordului, au fost furnizate recent (1977) de un studiu de durată (8 ani), efectuat de Yano și colab. (65) în Hawai, pe japonezi locuind în Honolulu. Din acest studiu, a rezultat că un consum mic sau moderat de băuturi alcoolice este asociat cu un risc scăzut de boală coronariană (consum apreciat pentru 1 zi la 0,3 litri pentru bere, 0,3 litri pentru vin și 0,2 litri pentru lichior). În general, consumul de 59,2 ml alcool (ori mai puțin) pe zi a fost invers proporțional cu morțile prin boală coronariană (59). Se apreciază că acest efect se datorește faptului că alcoolul crește nivelul de H.D.L. *(High-Density-Lipoproteins)*, ai căror nivel crescut se asociază cu o scădere a riscului aterogenic („le bon cholesterol"). Acțiunea acestor lipoproteine se concepe ca o îndepărtare a colesterolului din depozite și inițierea transportului acestuia la ficat, de unde este eliminat prin bilă.

Se pare deci că cei care nu beau alcool ar fi mai expuși, ca sănătate, decît cei care îl consumă moderat (2 pahare de vin sau de bere pe zi). În schimb, cantitatea mare de alcool creează toate celelalte efecte de toxicitate și risc.

Un alt studiu (66), efectuat tot pe japonezi din Honolulu, au confirmat riscul mai scăzut de mortalitate prin boli coronariene la cei cu un consum moderat de alcool, dar acest efect favorabil a fost contracarat de o creștere a mortalității totale, din cauza asocierii dintre consumul de alcool și riscul crescut de accidente vasculare cerebrale și cancer (66).

Desigur, datele de mai sus rămîn valabile numai pentru populația studiată în acest ținut și cu stilul de viață respectiv. Dar, probabil, că aceste concluzii nu sînt valabile și pentru alții. Există relații certe între anumite aspecte genetice și alcoolism. Anumite tipuri constituționale nu suportă de fel băuturile alcoolice și există unii care se nasc cu o predispoziție de a deveni alcoolici patenți, cu toate riscurile respective.

Noi studii trebuie continuate pe alte grupe de populații. Nu trebuie uitate datele clasice, verificate, după care alcoolul reduce

64) GREENSPAN A. și colab. — Provocation of ventricular tachycardia after consomption of alcohol, *New Engl. J. Med.*, 1979, 301, 1 044.

65) YANO K., RHOODS G., KAGAN A. — Coffee, alcohol and whisky of coronary heart disease among Japanese men living in Hawai, *New Engl. J. Med.*, 1977, 297, 405.

66) BLACKWELDER W. și colab. — Alcohol and mortality : the Honolulu heart study, *Amer. J. Med.*, 1981, 68, 164.

Scanned with CamScanner

substanțial contractilitatea miocardului (probabil printr-un efect toxic direct, alterări ale enzimelor intracelulare) și conduce cu timpul o cardiomiopatie, cu insuficiență cardiacă. Ceea ce i se părea lui Heberden că atenuează durerea era probabil mai mult un efect sedativ, de mascare a unei situații anginoase, prin modificarea pragului de percepție a durerii. Modificările electrocardiografice de tip ischemic însă persistă. De aceea, consumul de alcool de către cardiaci trebuie privit în continuare cu multă precauție (67).

„Sindromul cardiac de sărbătoare"

Recent, s-a descris așa-zisul *„holiday heart syndrome"* (68), care apare cu ocazia unei petreceri (obositoare) de sfîrșit de săptămînă, ca rezultat al unui uz de alcool sau a unui banchet prelungit (ar putea fi denumit și „sindromul banchetului"). Acest sindrom apare la cei care au consumat intens băuturi alcoolice și constă din apariția de aritmii cardiace sau/și tulburări de conducere. Cardiologii au constatat că 180 ml de whisky, consumat de o persoană în răstimp de 2 ore, diminuă forța contracției musculare cardiace, chiar în cazul unei ingestii care determină un nivel sanguin de alcool de 0,75 g‰. Experiențe pe cîini au demonstrat, de asemenea, o slăbire a pompei cardiace la cîinii tratați cu alcool (68).

Trebuie să se țină seama deci de proprietățile aritmogene ale alcoolului (64), care pot declanșa aritmii, chiar în absența unei boli anterioare de inimă. Este posibil de asemenea să apară o moarte bruscă, în unele situații de exces de băuturi la alcoolicii cronici. Într-un studiu efectuat la Baltimore, s-a arătat că 50% din alcoolicii inveterați au murit astfel (în mod brusc), mai ales cînd, la băuturile alcoolice s-au adăugat și fumatul în exces și un consum bogat de alimente.

Alcoolismul : o problemă de ereditare ?

Încă de mult timp, unii medici — și chiar opinia publică — și-au exprimat părerea că alcoolismul, înțeles ca o obișnuință, ca o dependență de alcool, ar fi o problemă de ereditate, un gen de „slăbiciune constituțională", transmițîndu-se din gene-

67) HORWITZ L. — Alcohol and heart disease, *J. Amer. med. Ass.*, 1975, 232, 959.

68) * * * — Physicians alerted to „holiday heart syndrome", *J. Amer. med. Ass.*, 1978, 239, 1 278.

Scanned with CamScanner

rație în generație (69). Diverși autori, mai recent, prin studii epidemiologice au adus însă și probe pentru influența determinantă a unor factori de mediu, sociali, culturali și economici.

De cîteva decenii, teoria alcoolismului ereditar se află din nou în atenție, datorită unor cercetări provenite îndeosebi din țările Scandinave, S.U.A., precum și din alte țări. Din aceste cercetări, a rezultat, de exemplu, că 25—50% dintre tații alcoolicilor au fost ei înșiși alcoolici, iar dintre mame 20%, o proporție de 5—10 ori mai mare, decît aceea constatată în populația generală (61)(70)(71). Studii efectuate pe copii adoptați de părinți alcoolici au eliminat părerea că ar fi vorba de o imitație în familie, de acțiunea mediului familial, influența genetică rămînînd cea evidentă. În acest sens, au pledat și studiile făcute de Loehlin în Texas, pe 850 perechi de gemeni (72), precum și acela făcut de Goodwin și colab. (73) în populația daneză, care au constatat 18% alcoolici în familii cu antecedente de alcoolism, în comparație cu numai 5% alcoolici, într-un grup de fii adoptați de părinți alcoolici.

Ar fi vorba deci de transmiterea unor „gene alcoolice", aparente mai ales pentru sexul masculin, dar neconstatate pentru femei. Probabil că sînt implicate mai multe *gene loci* (locuri cu gene). Pentru factorul genetic, pledează și concluziile unui recent studiu, în care cei cu ereditate alcoolică au prezentat, după ingestia de alcool, concentrații mai mari de acetaldehidă, o substanță extrem de toxică, care este și primul produs rezultat prin oxidarea alcoolului (69).

Cercetări privind eventualele relații între alcoolism și grupele sanguine nu au arătat diferențe statistic semnificative (61).

Aspectele genetice ale alcoolismului demonstrează că nu toate tipurile constituționale suportă la fel alcoolul, existînd persoane care se nasc cu predispoziție de a fi dependente de alcool. Anumiți „markeri" genetici par să fie responsabili de aceste diferențe, care fac ca unii să dezvolte mai frecvent o cardiopatie alcoolică sau să devină dependenți de alcool (59).

69) * * * — Alcoholism : an inherited disease ? *Brit. Med. J.*, 1980, 281, 1 301.

70) AMARK C. — Study in alcoholism : clinical-social-psyhiatric and genetic investigations. Acta Psych. et Neurol. Scandinavica 1951, 70, suppl. 1 — 283.

71) CAMPS F. E. — Genetics and alcoholism, *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 1972, 197, 134.

72) * * * — Facteur génétique dans la genèse de l'alcoolisme, *Méd. et Hyg. (Genève)*, 1972, 977, 227.

73) GOODWIN D. W. și colab. — Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents, *Arch. Gen. Psych.*, 1973, 28, 238.

Scanned with CamScanner

Despre buna folosire a vinului (și a altor băuturi)

Fiziologii au pronunțat de mult verdictul: alcoolul nu poate fi considerat ca un aliment și deci nu este nici necesar și nici util organismului uman.

De milenii însă, vinul și alte băuturi alcoolice au intrat atît de adînc în viața oamenilor, făcînd parte din civilizația umană, încît orice atitudine total prohibitivă apare fără perspectivă, un nonsens, o aberație. Îndeosebi, vinul deține o poziție solidă în societate, fiind slăvit și cîntat de poeți ca Horatius, care își permitea chiar să spună că „poemele băutorilor de apă nu vor trăi", iar marele nostru scriitor (și cunoscător de oenologie) Mihail Sadoveanu se exprima astfel: „dacă pentru sete avem apă de izvor... pentru cinstire și desfătarea gustului avem vinul"...

Locul vinului și al altor băuturi alcoolice este stabilit de regulile de cumpătare și de recomandările medicului.

Ce poate face mai mult medicul?

— Să lupte împotriva abuzului, a alcoolismului ca boală medicală și socială, ca toxicomanie.

— Să-l interzică complet, la anumiți pacienți și în anumite situații, indicate de altfel de legi și de regulamente.

— Să lămurească mai mult populația asupra numeroaselor riscuri posibile ale uzului cronic sau acut de alcool și mai ales de *inegalitatea oamenilor față de toleranța la băuturi alcoolice condiționată genetic.*

Rezultatele ultimelor cercetări medicale ne recomandă și mai mult să acționăm în acest sens, rămînînd foarte circumspecți și prudenți față de unele efecte favorabile, semnalate de studiile recente făcute în Honolulu, de altfel contracarate de alte efecte negative ale alcoolului.

58.

Bioritmuri și implicații practice în medicină

În biologie, se cunosc o serie de ritmuri, care guvernează în mare parte viața animalelor: ritmul unor secreții interne, variațiile ritmice ale temperaturii, ritmul în producerea hranei, voiajul păsărilor migratoare etc.

Scanned with CamScanner

Omul nu face excepție de la această regulă și ritmul său de activitate și somn, cu o perioadă de 24 de ore, a fost denumit *ritm circadian* (de la *circa* = aproximativ și *dies* = zi). Sub influența acestui „orologiu intern", se desfășoară, în decursul a 24 de ore, variatele funcții ale organismului. Astfel, temperatura corpului scade în primele ore ale dimineții, pentru a începe să crească după ora 10 a.m., menținîndu-se la acest nivel crescut toată după amiaza și scăzînd apoi din nou după ora 22. În cursul unei boli infecțioase, se cunoaște din cele mai vechi timpuri creșterea febrei după amiază, în cadrul ritmului circadian. De asemenea, există un ritm al somnului, un ritm al secrețiilor umorale, un ritm nutrițional.

Tot astfel, activitatea intelectuală, ca atenția și judecata, urmează un ritm de creștere și de scădere în decursul a 24 de ore. O schimbare bruscă a ritmului prestabilit, fără o perioadă intermediară de adaptare, poate determina perturbații importante în activitatea intelectuală, ca și în manualitatea omului.

În afară de ritmul circadian, există *ritmul sezonier* (important, de exemplu în exacerbarea ulcerului gastroduodenal), *ritmul circaanual, ritmuri multianuale* (ritmurile epidemiilor).

Periodicitatea fenomenelor biologice caracterizează viața de milioane de ani și este adînc imprimată vietăților, făcînd parte din patrimoniul ereditar al diverselor organe și celule, fiecare funcție fiind caracterizată printr-un anumit ritm. Astfel sînt : ritmul bătăilor inimii, al mișcărilor respiratorii, al undelor care se înregistrează pe electroencefalogramă, ritmul în secreția unor glande, care se mențin chiar dacă animalele respective sînt ținute mai multe zile ori săptămîni în întuneric permanent sau — invers — numai în lumină. Experimental, aceste ritmuri cu caracter endogen predominant s-au menținut la persoanele izolate mult timp în întuneric (în peșteri) sau la astronauți.

Există și alte ritmuri, care se află sub influența unor factori din mediul extern, care acționează ca „sincronizatori" : alternanța lumină-obscuritate, muncă-repaus, alimentație-post, (pot modifica ritmurile, dar nu determină altele noi).

În ultimii ani, studiul *ritmurilor biologice* a luat un mare avînt. Cercetările au vizat, în primul rînd, cunoașterea și aprofundarea aspectelor normale, fiziologice, ceea ce constituie *cronobiologia* (cronofiziologia), cu studiul bioritmurilor secrețiilor interne, al metabolismelor, al fenomenelor imunitare etc.

În același timp, s-au cercetat perturbările acestor bioritmuri, ceea ce constituie *cronopatologia*, cu multiple aplicări practice. În legătură cu momentul favorabil de acțiune a medicamentelor, s-a

Scanned with CamScanner

creat capitolul *cronofarmacologie*, iar în legătură cu aplicarea terapiei s-a creat *cronoterapia*.

În mod inevitabil, a apărut și o nouă revistă (74), precum și o societate internațională pentru studiul bioritmurilor, avînd ca președinte pe Halberg (din Minnesota, S.U.A.), care a creat și termenul de *ritm circadian*.

Aceste ritmuri nu reprezintă o curiozitate a biologiei, ci ele permit o mai bună înțelegere a fenomenelor biologice normale și patologice cu multiple aplicări practice.

Exemple din cronofiziologie

Ritmul circadian al temperaturii se cunoaște de cînd s-au construit primele termometre sensibile. Toate studiile făcute asupra ritmului temperaturii corpului uman se bazează pe studiul temperaturii centrale, care este cel mai bine reprezentată de temperatura rectală (75). Acest ritm se desfășoară astfel : temperatura minimă este în cursul nopții și în zori (valoare de 36,5°C în medie), după care crește progresiv în cursul zilei, atingînd seara valoarea maximă de 37°C. Amplitudinea variației este de 0,8°C, dar aceasta poate varia de la individ la individ. Acest ritm circadian de variație a temperaturii se menține în orice condiții : în repaus sau în muncă, la bolnavul cu febră și în orice condiții de mediu ambiant, fiind atribuit unui mecanism central (un „termostat central", probabil în hipotalamus, acționînd cu o precizie și o putere extraordinară) (75). Acest ritm s-a păstrat, experimental, în izolare voluntară timp de 6 luni într-o prăpastie.

Ritmul termic se poate inversa, după un anumit timp, prin inversarea ritmului de activitate (munca de noapte). Această modificare necesită 5 zile, pentru ca să nu existe discordanță între ritmul intern și sincronizatorii externi (75).

Ritmul circadian privind alternanța *veghe-somn* nu este prezent la sugar, care are un ciclu mai frecvent, ritmul nictemeral (circadian) instalîndu-se mai tîrziu.

Variațiile circadiene ale valorilor unor *constituenți morfologici ai sîngelui* (hemoglobina, numărul de eritrocite și de leucocite, proteinele plasmatice etc.) sînt bine cunoscute și, pentru constanța evaluării lor, analizele respective se fac, de regulă, numai dimineața.

74) *International Journal of Chronobiology*, apare de 4 ori pe an. Editor Wiley J. and Sons, Baffius-Lane Chichester, Sussex, Anglia.

75) CHEMIN M. — Probleme de fiziologie și fiziopatologie puse de evoluția circadiană a temperaturii, *Bordeaux Médical*, 1970, 9, 2 055.

Scanned with CamScanner

Ritmul secreției renale se caracterizează printr-o diureză mai mare în cursul zilei. Hepatita și alte boli pot inversa ritmul secreției urinare.

S-a constatat o periodicitate circadiană și în *procesele celulare* : metabolismul acizilor, al proteinelor și în respirația celulară. Astfel, s-ar explica și reacția cutanată la injecția de histamină, care este mai intensă seara decît dimineața.

Sensibilitatea la *razele Röntgen,* care acționează la nivel celular, este de asemenea mai mare seara, ceea ce este important pentru aplicarea röntgenterapiei.

Secrețiile hormonale urmează de asemenea, un ritm circadian, fiziologic. Astfel, secreția adrenocorticală se desfășoară după un ritm circadian, cu următorul aspect : maximum de 17-hidroxicorticoizi (10—120 μg/100 ml de plasmă) se constată dimineața, între orele 6 și 8, iar minimum se constată seara și noaptea, mai ales între orele 22 și 24. În unele condiții patologice, dezordini psihice, s-au constatat modificări ale acestui ritm biologic.

În țara noastră, s-au făcut mai multe cercetări cu privire la *ritmul circadian al unor hormoni,* la „Institutul de Endocrinologie C. I. Parhon" (76)(77)(78). Astfel studiul ritmului circadian al cortizolului, la bătrîni de 70—100 ani, a arătat că în procesul de senescență se produc modificări ale bioritmului, prin reducerea diferențelor cantitative orare, ceea ce arată că la vîrstnici sînt interesate și procesele de reglare. Se consideră că insomnia matinală a vîrstnicilor ar fi datorată unei anticipări orare în secreția cortizolului (77).

În ceea ce privește *tensiunea arterială,* s-au constatat, de asemenea, variații circadiene, cu maximum înainte de prînz și minimum după prînz. Curba pulsului, ca frecvență, prezintă aceleași modificări. Deși nu se cunoaște cauza, fenomenul este interesant și trebuie reținut pentru riscul de hemoragie cerebrală și de infarct miocardic, în orele dinainte de prînz (79).

Existența acestor bioritmuri, care demonstrează prezența în organism a unor variații funcționale ritmice în cursul a 24 de ore, au putut explica fluctuațiile în randamentul de muncă, în echilibrul psihic și în manifestările comportamentale. Astfel, în ceea ce

76) NICOLAU GRAZIELLA — Rhythmic circadian variations of ARN concentration in the rabbit adrenal, *Rev. Roum. Med.*, 1974, 12, 333.
77) MILCU ȘT. și colab. — Cortisol circadian rhytm in 70—100 year old subjects, *Rev. Roum. Med.*, 1978, 16, 29.
78) PITIȘ MARCELA și colab. — Studiul bioritmului circadian corticosuprarenal în patologia pituitară, *Ses. Științifică Acad. Șt. Medicale,* București, 21 ianuarie, 1983.
79) MILLAR-CRAIG W. și colab. — Circadian variation of blood-pressure, *Lancet,* 1978, I, 795.

Scanned with CamScanner

privește rezistența organismului la eforturi, s-a constatat că maximum de rezistență este înainte de prînz, scade după amiaza și seara, și scade mai ales în cursul nopții. Aceste date sînt importante pentru ergonomie, în legătură cu adaptarea muncitorilor la schimbul de noapte. Trecerea bruscă de la un schimb de zi la unul de noapte poate duce la scăderea randamentului. Cel mai greu se adaptează somnul, care devine mai scurt și mai puțin profund, perturbat de deșteptări și schimbări.

Pentru specialiștii în igiena școlară prezintă, de asemenea, importanță studiul adaptării orariilor școlare, înainte și după amiază, în funcție de variațiile circadiene ale muncii intelectuale.

Pentru medicii și fiziologii, care lucrează în domeniul *sportului*, are importanță, de asemenea, cunoașterea bioritmurilor în legătură cu capacitatea maximă de performanță a sportivilor.

Ritmul circadian și voiajuri

În conducerea automobilelor, se face resimțit, de asemenea, ritmul circadian. Faptul că cele mai multe accidente se produc în cursul a 24 de ore, între orele 16 și 19, arată că această perioadă corespunde unei minime activități ca atenție și manualitate. Pentru conducerea în timpul nopții, modalitate pe care unii conducători de autoturisme o aleg, fie în mod fortuit, fie în mod deliberat, pentru a evita aglomerația de pe șosele, ridică probleme de mare responsabilitate, tocmai prin schimbarea ritmului. Conducerea de noapte necesită, pe lîngă calități tehnice superioare, o foarte bună stare fizică și a simțului vederii (80).

O problemă nouă și de mare actualitate, de perturbare a ritmului circadian, se ridică atît pentru *aviatori*, cît și pentru *voiajori*, călătoriile extrem de rapide cu avioanele supersonice permițînd intrarea rapidă în alte fusuri orare, cu inversarea totală a orelor uzuale de noapte de somn, față de cele de zi și de activitate. În aceste condiții: „omul de afaceri este mult mai expus să recurgă la o alegere neînțeleaptă, omul de stat să facă o gafă, iar pilotul de linie, o eroare" (81). Toți călătorii care sînt supuși în mod brusc unor astfel de schimbări ale ritmului circadian, suferă și se adaptează numai treptat noilor condiții. Mult discutată este problema securității oferită de starea piloților de linie, care poate fi compromisă prin perturbarea ritmului circadian. Ei trebuie să fie antre-

80) VOICULESCU M. — Reguli medicale pentru prevenirea accidentelor de circulație, Ed. Medicală, București, 1969, 1978.
81) * * * — The Jet Set (editorial), *Brit. Med. J.*, 1970, 4, 759.

nați în această privință și să respecte un program special de ore de somn.

Interesante probleme pentru ritmul circadian au pus și *călătoriile aerospațiale*. Participanții la programul Apollo au fost nevoiți uneori să recurgă la quinalbarbitonă și dexamphetamină în cursul misiunilor lor (81).

Deosebit de interesante probleme ridică ritmul circadian prin variațiile orare ale susceptibilității organismului la toxine și medicamente (cronosusceptibilitate, cronotoxicologie). Astfel, după F. Halbeg, cu aceeași toxină microbiană, administrată la ore diferite, la loturi diferite de șoareci, se obține o rată de mortalitate variabilă, de la 10 la 80% din animale. La om, după chirurgul german Frey, ar exista anumite ore cu risc operator mai mare (82).

Diferite boli pot afecta ritmul circadian, determinînd, spre exemplu, o inversiune a somnului (insomnie nocturnă și somn în cursul zilei). În patologie, este cunoscută accentuarea tulburărilor psihice la alcoolicii cronici în cursul nopții, cînd apar crizele de delirium tremens. În sindromul Korsakoff, apare o dezorientare cu privire la timp și loc, ca și în alte cazuri de psihopatologie, cum este demența senilă, în care bolnavul nu mai are nici o noțiune de timp, de zi ori de noapte. Tot aici, se situează agitația nocturnă a bătrînilor.

Biocronofarmacologia, o problemă actuală

Numeroase lucrări au demonstrat *sensibilități deosebite ale organismului la medicamente, în funcție de orele în care sînt administrate* și care țin de variațiile circadiene fiziologice ale organismului. Astfel, s-a ajuns la necesitatea ca testarea unor medicamente și pînă la urmă administrarea lor să fie pusă în concordanță cu ritmul circadian. S-a creat, astfel, în farmacologie un capitol de *biocronofarmacologie*.

Determinarea orelor optime, din cadrul ritmului circadian, pentru administrarea unui medicament trebuie studiată atît în legătură cu momentul eficienței maxime, cît și cu *perioada în care efectele secundare, reacțiile adverse ale medicamentului sînt minime*.

Unul din exemplele cele mai evidente este acela care privește administrarea corticosteroizilor, în funcție de ritmul circadian. Mai multe cercetări au ajuns la concluzia fermă, după care mai ales

82) GIRAUD J. — L'horloge interne, *Med. Prat.*, 1968, 322, 101.

pentru tratamentele prelungite, doza totală de corticosteroizi trebuie administrată numai dimineața, într-o singură doză la ora 8 dimineața (sau cel mult $^2/_3$ din doză la ora 8 și $^1/_3$ la ora 12). În nici un caz, corticosteroizii nu trebuie administrați după amiaza sau seara. Așa cum au demonstrat numeroase cercetări prin administrarea matinală nu se mai produce o deprimare a secreției de ACTH și, în continuare, hipofuncția suprarenalei, în timp ce administrarea de seară și noapte este urmată de acest efect secundar nociv (83)(84).

Această statuare, de mare importanță terapeutică, demonstrată științific și bazată pe cunoașterea ritmului circadian, nu este — din păcate — cunoscută de toți cei care practică corticoterapia prelungită. Faptul este cu atît mai important, dacă ținem seama de uzul larg al corticosteroizilor (2 500 000 de prescrieri pe an în Anglia) (85).

Un alt motiv, pentru care administrarea de dimineață a corticosteroizilor este avantajoasă pentru organism, este aceea că administrarea de seară sau de noapte crește secreția gastrică, acționînd pe un stomac gol de regulă și putînd duce astfel la apariția unui ulcer gastric.

S-a observat că terapia cu corticosteroizi poate schimba ritmul circadian al excreției de urină, ca și acela al glicemiei. De asemenea, și alte medicamente pot altera ritmul circadian normal. Repetată, o astfel de „desincronizare" poate duce la o stare de tulburare sau chiar la o boală psihică.

Farmacologii au constatat că sensibilitatea la medicamente a unor animale variază cu orele la care sînt administrate. Astfel, șoriceii ajung la punctul culminant de sensibilitate față de tranchilizante la ora 22.

La om, s-a constatat că există un ritm circadian preprandial și postprandial al glicemiei, al acizilor grași și ai insulinei. Astfel, răspunsul cel mai puternic de secreție de insulină apare după primul prînz al zilei, în comparație cu celelalte prînzuri, ceea ce sugerează că sinteza insulinei și depozitarea ei se face mai mult în timpul nopții, decît între prînzuri (86). De acest aspect, trebuie să

83) HOCHHEUSER W. și colab. — Klinisch-exper. Untersuchungen zur Hemmwirkung verschiedenen Corticoide, *Dtsch. med. Wschr.*, 1969, 94, 2 488.
84) BETHGE H. — Alternienende Corticoidtherapie, *Dtsch. med. Wschr.*, 1971, 96, 1 254.
85) MYLES A. B., DALY R. D. — Corticosteroid and ACTH Treatment. Principles and Problems, Londra, E. Arnold, 1974.
86) GIBSON T., JARRET R. — Diurnal variation in insulin sensitivity, *Lancet*, 1972, 2, 947.

Scanned with CamScanner

se ține seama în administrarea de medicații antidiabetice (tolbutamidă, metformina etc.). Variația circadiană a toleranței la glucoză, a glicemiei și a răspunsului de insulină plasmatică la tolbutamidă este cunoscută și sugerează o variație diurnă în sensibilitatea la insulină. Teste de toleranță la administrarea de insulină, pe cale intravenoasă, efectuate dimineața și după amiaza, au arătat o scădere semnificativă mai mare a glicemiei în cursul dimineții, sugerînd o sensibilitate mai mare la insulină la aceste ore (variație circadiană) (87).

Exemplele se pot multiplica. Ele demonstrează suficient necesitatea de a se studia efectul diverselor medicamente, în funcție de acest „orologiu intern" al organismului, care este ritmul circadian, justificînd apariția acestui nou capitol al farmacologiei : *biocronofarmacologia.*

Este foarte probabil că tulburări repetate ale bioritmurilor pot contribui, cînd se perpetuează timp de ani, la producerea unor suferințe, unor boli sau chiar la scurtarea vieții (88). Se creează astfel *cronopatologia,* în care sînt necesare cercetări multiple.

Este de presupus, de asemenea, ca unul din secretele vieții longevivilor și centenarilor să fie acela al vieții, în condiții de mediu extern, care să le permită respectarea integrală a bioritmurilor fiziologice.

59.

Atitudinea față de febră

Deși problema febrei este cunoscută și discutată de peste 2 000 de ani, cu mult timp înainte de descoperirea termometrului, nici pînă astăzi nu s-a format un acord unanim, dacă febra poate fi privită ca un mecanism de apărare antiinfecțioasă sau — dimpotrivă — ca o reacție nocivă, care trebuie combătută și suprimată. O serie de progrese obținute, în ultimele decenii, și o mai bună cunoaștere a patogeniei febrei la nivel molecular ar putea să aducă un răspuns mai clar la întrebările de mai sus.

Există o acțiune favorabilă a febrei în boala infecțioasă ?

87) RIGAS A. și colab. — Circardian variation of glucose, Insulin and free fatty acids during long-term use of oral hypoglycoemic agents in diabetes mellitus, *Brit. Med. J.*, 1968, 3, 25.
88) * * * — Circadian Rhythms, *J. Amer. med. Ass.*, 1965, 194, 291.

Scanned with CamScanner

Primele argumente despre acțiunea favorabilă a febrei asupra unor infecții au rezultat din unele observații empirice : lupus cutanat vindecat, prin apariția unui erizipel ; lepră ameliorată sau chiar vindecată, prin apariția unei variole ; gonoree vindecată în cursul unui tifos (89). Foarte interesante au fost și observațiile de remisiuni spontane ale unor tumori, în timpul unor stări febrile. Folosirea în terapia tumorilor a hipertermiei necesită însă temperaturi foarte ridicate, care nu pot fi suportate de bolnavi (89).

Sensibilitatea deosebită a unor microorganisme patogene față de temperaturi ridicate (40—42°) a constituit justificarea introducerii unor metode de *piretoterapie*, pentru vindecarea unor infecții. Astfel, în era preantibiotică, s-a recurs la tratamentul uretritei gonococice prin producerea la bolnavii respectivi a unei temperaturi ridicate.

În 1917, Wagner von Jauregg a introdus, cu succes, malarioterapia în tratamentul sifilisului nervos (efect care, poate, nu se datorește numai febrei), la care s-au adăugat apoi diferite metode de piroterapie prin variate substanțe piretogene.

În infecția experimentală cu anumite tipuri de pneumococi, sensibili la temperaturi ridicate, Enders și Shaffer au reușit omorîrea germenilor, prin producerea la animalul infectat a unei temperaturi ridicate, obținînd și un efect terapeutic (90).

Mai recent, Lwoff a adus unele dovezi, după care ridicarea temperaturii în cursul unor infecții virale deține un rol important în apărarea organismului. El a pornit de la observația, după care recolta de virus poliomielitic în culturi celulare, la temperaturi crescînde de la 37° la 40°C devenea din ce în ce mai slabă, pe măsură ce temperatura de incubație se ridica (91)(92). Provocînd hipertermia la șoarecii inoculați cu virus poliomielitic pe cale intracerebrală, s-a obținut prevenirea mortalității. Observații similare s-au făcut și cu virusul Coxsackie B la șoareci și cu virusul poliomielitic la maimuță. Pe de altă parte, selectînd tulpini de virus, care au rezistat la 41° în cultură celulară, acestea s-au dovedit extrem de virulente pentru animal.

89) SCHMIDT L. K. — Fieber, ein Abwehrmechanismus ? *Dtsch. med. Wschr.*, 1975, 100, 1 805.

90) ENDERS J. F., SHAFFER M. F. — The capacity of strains of pneumococcus type III, to grow at 41°C and their virulence for rabbits, *J. Exp. Med.*, 1936, 64, 7.

91) LWOFF A. — Factors influencing the evolution of viral diseases at the celullar level and in the organism, *Bact. Rev.*, 1959, 23, 109.

92) FAUCONNIER B. — Moyens de défense de l'organisme contre les infections à virus, *Nouv. Presse méd.*, 1972, 1, 113.

Scanned with CamScanner

Existența de mutante de virus rezistente la căldură și altele rezistente la frig, fiecare avînd o temperatură optimă pentru dezvoltare, ar justifica deci folosirea creșterii de temperatură pentru inhibarea multiplicării tulpinilor virale, sensibile la temperaturi ridicate.

Efectele febrei asupra mijloacelor de apărare antiinfecțioasă a organismului au constituit alte motivări, privind utilizarea febrei ca mijloc terapeutic antiinfecțios. Astfel, creșterea temperaturii peste 40° se asociază cu o creștere a activității fagocitare *in vitro*, deși acest efect este relativ slab (93).

După Schmidt (89), care a colectat numeroase observații în favoarea febrei ca mecanism de apărare, pot fi enumerate următoarele *efecte favorabile ale febrei* (generale și speciale), dintre care citām cîteva :

— creșterea circulației sanguine și a metabolismului ;
— acțiunea asupra sistemului nervos vegetativ ;
— stimularea axului hipofizosuprarenal (sindrom general de adaptare, Selye) ;
— stimularea adaptării nespecifice ;
— stimularea fagocitozei ;
— creșterea leucocitozei ;
— acțiunea antiviralā și antibacteriană ;
— stimularea sintezei de interferon.

Alți autori, dimpotrivă, afirmă că nu există nici o evidență sigură că febra ar crește activitatea mecanismelor specifice de apărare antiinfecțioasă (94)(95). Nu a fost dovedit precis nici un efect semnificativ al febrei asupra formării de anticorpi, asupra activității complementului sau asupra întregului sistem imun. Deci o negație asupra oricărei acțiuni antiinfecțioase.

Efecte nefavorabile ale febrei

Temperaturi foarte ridicate (hipertermia) determină efecte nefavorabile asupra aparatului cardiovascular, tulburări funcționale și uneori chiar leziuni organice, tulburări de coagulare, precum și o acțiune imunosupresivă. Hipertermia înrăutățește,

93) ELLINGSOM H. V., CLARK P. E. — The influence of artificial fever on mechanisms of resistance, *J. Immunol.*, 1942, 43, 65.
94) KLASTERSKY J., KASS E. —Is suppression of fever, or hypothermia useful in experimental and clinical infectious diseases ? *J. infect. Dis.*, 1970, 121, 81.
95) BENNETT I. L., NICASTRI A. — Fever a mechanism of resistance, *Bact. Rev.*, 1960, 24, 16.

Scanned with CamScanner

uneori catastrofic, procesele exsudative acute preexistente (activarea unui reumatism acut). Un alt efect al supraîncălzirii organismului constă în involuția sistemului limfatic și scăderea imunității (89).

S-a demonstrat că hipertermia crește considerabil susceptibilitatea organismului uman sau animal la acțiunea letală a endotoxinelor bacteriene (94). Experiențe pe șoareci și șobolani au arătat că, prin creșterea febrei, se obține o creștere de 100—500 de ori a sensibilității acestora față de endotoxina bacteriană injectată, în contrast cu animalele eutermice, care rezistă mai bine. În septicemia pneumococică provocată la iepure și tratată cu penicilină, la animalele cărora li s-a suprimat febra s-a obținut o prevenire a evoluției letale (94).

În *mecanismul febrei* (95), se admite apariția unei substanțe care este un *pirogen endogen*, produs de către leucocitele fagocitare, ca răspuns la variate pirogene exogene, produse de agenți infecțioși (virusuri, bacterii, fungi), toxine ori factori imunologici (antigene complexe antigen-anticorpi). Febra rezultă, astfel, din interacțiunea dintre acest mediator comun, care este *pirogenul endogen*, și receptorii specializați din centrul termoreglator existent în hipotalamusul anterior. Din această interacțiune, rezultă producerea de prostaglandine, monoamine și AMP-ciclic, urmată de declanșarea febrei (probabil printr-un efect neuromediator).

Medicamentele cu acțiune antipiretică, cum sînt acidul acetilsalicilic (Aspirin) și salicilații, acționează prin inhibarea sintezei de prostaglandine în hipotalamus (și nu mai devreme, prin afectarea producerii de pirogen endogen).

Corticosteroizii acționează reducînd cantitatea de pirogen endogen și inhibă eliberarea de prostaglandine, pe lîngă celelalte acțiuni antiinflamatorii (reducerea migrării leucocitelor, a răspunsului inflamator local și a proceselor imunologice).

Fenotiazinele, care contribuie la scăderea febrei, inhibă de asemenea sinteza de prostaglandine și acționează asupra reglării centrale a temperaturii și asupra tonusului vascular periferic (96).

Hipotermia ca mijloc terapeutic

O serie de experiențe pe animal și încercări terapeutice pe om au urmărit să precizeze dacă hipotermia poate avea un efect favorabil în tratamentul unor infecții. Baza rațională ar

96) DINARELLO CH., WOLFF SH. — Pathogenesis of fever in man, *New Engl. J. Med.*, 1978, 298, 607.

Scanned with CamScanner

consta din reducerea fluxului circulator și implicit a necesității de oxigen a țesuturilor, precum și scăderea ratei de creștere a microorganismelor patogene. S-a obținut, astfel, prin hipertermie, o prelungire a duratei medii de viață a șoarecilor infectați cu LD_{100} de pneumococi, iar cu doze subletale, o mai mare supraviețuire a animalelor hipotermice (97). În alte experiențe de peritonită fecală, provocată la cîini și șobolani, s-au obținut rezultate similare.

Alte experiențe au arătat efecte nefavorabile ale hipotermiei asupra mecanismelor de apărare antiinfecțioasă : scăderea fagocitozei și a formării de anticorpi, creșterea receptivității la infecții virale.

Încercările terapeutice pe om, prin provocarea de hipotermie generalizată sînt cunoscute mai ales de la lucrările lui Laborit (98), cu unele rezultate bune în tratamentul șocului. S-au făcut numeroase încercări, prin utilizarea hipotermiei ca mijloc adjuvant în tratarea unor infecții grave (septicemii meningococice cu șoc septic, meningoencefalite și meningite, septicemii diverse), cu unele rezultate, deși greu de apreciat, în lipsa unor serii de control. Noi înșine am încercat răcirea treptată a corpului („hibernație artificială"), în tratamentul unui caz de rabie, fără rezultat însă (99). Toate aceste utilizări terapeutice ale hipotermiei, făcute în special între 1950 și 1965, nu s-au impus ulterior în terapeutica antiinfecțioasă.

Soluția : eutermie

Ținînd seama de efectele predominant nefavorabile ale febrei în infecții, precum și de efectele neconvingătoare ale utilizării hipotermiei generalizate, în tratamentul infecțiilor grave (care mai necesită studii de control), se poate conchide că — în stadiul actual al cunoștințelor — eutermia reprezintă condiția favorabilă în atitudinea noastră față de infecții. Numeroase dovezi pledează pentru faptul că febra nu constituie un adjuvant favorabil în terapia infecțiilor și că trebuie deci tratată, iar hipotermia ca mijloc terapeutic mai necesită încă studii (94).

97) EISEMAN B. R. și colab. — Hypothermia and infection three mechanisms of host protection in type III pneumococcal peritonitis, *Ann. Surg.*, 1964, 160, 994.
98) LABORIT H. — L'hypothermie generalisée therapeutique, *Presse méd.*, 1951, 59, 606.
99) VOICULESCU M., IONESCU R. — Contribuții asupra tratamentului rabiei, în legătură cu un caz tratat prin hibernație artificială, *Viața med.*, 1967, 8, 81.

Scanned with CamScanner

60.

Virtuți profilactice ale aspirinei

Cu peste 10 ani în urmă, atenționam cititorii (100) asupra descoperirii unor noi acțiuni foarte promițătoare ale aspirinei (acidul acetilsalicilic), în prevenirea trombozelor și emboliilor ; speranțele de atunci se bazau pe un mic număr de lucrări, experimentale și clinice. În anii care au urmat, s-au acumulat însă numeroase alte rezultate, odată cu extinderea indicațiilor aspirinei în prevenirea infarctului miocardic și a accidentelor cerebrale prin tromboză. Unele din aceste cercetări, cu caracter clinico-epidemiologic au cuprins grupe mari de populație, cum au fost studiile colective denumite „Aspirin Myocardial Infarction Study" (AMIS), 1975 (101) și „Canadian Cooperative Study Group" (102), în 1978, și alte studii experimentale și clinice, privind prevenirea trombozelor vasculare în operațiile de inimă (103). Toate aceste lucrări permit, de pe acum, un bilanț favorabil, care se confirmă tot mai mult.

Un medicament vechi cu resurse noi

S-a afirmat — probabil cu justețe — că se produc mai multe boli și decese prin exces de coagulare decît prin hemoragii. De aceea, în ultimele decenii, s-a acordat multă importanță terapiei anticoagulante, în special medicamentelor cu acțiune asupra trombocitelor, cum sînt : acidul acetilsalicilic (Aspirin), sulfinpirazona (Anturan), dipiridamolul (Persantin), dextranul, clofibrat, propranololul și heparina. Acțiunea acestora în diferite boli a fost analizată frecvent în articole de sinteză (104)(105)(106).

100) VOICULESCU M. — Aspirina. Date noi despre un medicament vechi, *Viața med.*, 1971, 18, 7, 290.

101) * * * — Aspirin and myocardial infarction : a new national cooperative trial, *J. Amer. med. Ass.*, 1975, 232, 1 359.

102) * * * — Canadian cooperative study group, *New Engl. J. Med.*, 1978, 299, 53.

103) CHESEBRO H. J. și colab. — A platelet — inhibitor — drug trial in coronary-artery by-pass operation, *New Engl. J. Med.*, 1982, 307, 73.

104) VERSTRAETE M. — Are agents affecting platelets functions clinically useful ? *Amer. J. Med.*, 1976, 61, 897.

105) WEISS H. — Anti-platelet therapy (two parts), *New Engl. J. Med.*, 1978, 298, 1 344 și 1 403.

106) WEISS H. — Platelets and ischemic heart disease, *New Engl. J. Med.*, 1980, 302, 225.

Scanned with CamScanner

Multă atenție s-a acordat efectului antitrombotic al aspirinei. Acest medicament atît de bine cunoscut, de uz curent și ieftin, se numără printre puținele medicamente care au rezistat timpului („Zahn der Zeit" cum spunea Wieland). Într-adevăr, *acidul acetilsalicilic*, sintetizat din 1899 de Felix și Hoffmann în laboratoarele Bayer și introdus în terapeutică cu denumirea comercială de *Aspirin*, s-a impus în toată lumea. De atunci aspirina și-a menținut reputația și poziția în terapeutica curentă, ca analgezic, antipiretic și antiinflamator. Se pare că aceste efecte ale acidului acetilsalicilic au fost cunoscute de Hipocrate, care recomanda pentru calmarea durerilor de naștere, mestecarea de frunze de salcie (care conțin acest ingredient).

În prezent, cantitățile de aspirină consumate zilnic — ca atare sau în mixturi — continuă să fie considerabile în toată lumea, însumînd zeci de tone zilnic în unele țări. Numai în S.U.A., se consumă zilnic 90 000 000 de doze, iar consumul este în creștere, ținînd seama de noile indicații în prevenirea trombozelor vasculare.

Ca orice medicament, aspirina produce însă și *reacții adverse*, dintre care cea mai importantă și frecventă rămîne iritația mucoasei gastrice (eroziuni, ulcerații), cu producerea de hemoragii gastrointestinale, de grade diferite, de la hemoragii subclinice (microscopice) pînă la hemoragii mari. Alte reacții adverse sînt acidoza metabolică și alcaloza respiratorie, prin hiperventilație (la doze mari). Mult mai rar, apar reacții alergice (febră, urticarie, rinită, edem angioneurotic) și foarte rar, apar leziuni renale și chiar hepatice (cu ușoare creșteri ale transaminazelor), în cursul unor administrări prelungite, la bolnavii cu reumatism sau cu colagenoze diverse (107).

Dar, așa cum spunea un autor (106) „vechile medicamente sînt ca vechii prieteni" : le cunoaștem bine calitățile și defectele pentru a ști ce să facem, cîntărind bine totdeauna, înainte de prescriere, beneficiile terapeutice, în comparație cu riscul reacțiilor adverse. În cazul aspirinei, se cunosc bine reacțiile adverse și toate prospectele și farmacopeele le menționează cu suficiente detalii.

Mai puțină atenție primise, pînă acum cîțiva ani, acțiunea aspirinei asupra coagulării sîngelui, cu aplicații posibile în prevenirea trombozelor vasculare. Se pare că Weiss și Aledort au fost primii, care au demonstrat (în 1967) că aspirina inhibă adeziunea și agregarea trombocitelor, sugerînd utilizarea acesteia ca medi-

107) ZIMMERMAN H. — Aspirin-induced hepatic injury, *Ann. intern. Med.*, 1974, 80, 103.

Scanned with CamScanner

cament antitrombotic (108). În anii care au urmat, au apărut o serie de studii clinice privind rezultatele utilizării aspirinei în prevenirea accidentelor tromboembolice postoperatorii (109)(110)(111), cercetări care s-au extins apoi și în prevenirea accidentelor cerebrovasculare și a infarctului miocardic. Merită de menționat în acest sens experiența, publicată încă din 1970, a cardiologului A. Huttmann (care a practicat la Brașov) asupra utilizării aspirinei în prevenirea infarctului miocardic (112), experiență, care îi conferă prioritate în această indicație profilactică. Într-adevăr, Huttmann a utilizat timp îndelungat (1,5—10 ani) aspirina, în mod sistematic, la pacienții cu infarct miocardic, constatînd că la cei tratați astfel cazurile letale au fost de 2 ori mai puțin frecvente, în comparație cu seria martor, care nu a luat acest medicament. Autorul atribuie rezultatele favorabile obținute efectului antitrombocitar al aspirinei, precum și unui efect „antiflogistic" al acesteia.

Modul de acțiune a aspirinei asupra trombocitelor

În condiții normale, trombocitele nu se agregă și nici nu aderă la endoteliul normal. În anumite condiții (mai ales patologice), din cauza acțiunii unor stimuli, trombocitele se pot agrega și pot declanșa secreția unor substanțe (prostaglandine și tromboxan A_2), care accelerează coagularea sîngelui. Ținînd seama de funcțiile fundamentale ale trombocitelor (adeziune, agregare, secreția de substanțe cu rol favorabil coagulării), s-au făcut numeroase cercetări pentru descoperirea unor substanțe, capabile să contracareze acțiunea trombocitelor în situații predispozante de formare a trombusurilor, precum și pentru precizarea rolului lor în determinarea precoce a aterosclerozei (113).

108) WEISS J., ALEDORT M. — Impaired platelet connective tissue reaction in man after aspirin ingestion, *Lancet*, 1967, *II*, 495.

109) SALZMAN E. și colab. — Reduction in venous thromboembolism by agents affecting platelet function, *New Engl. J. Med.*, 1971, 284, 1 287.

110) Medical Research Council — Effect of aspirin on postoperative venous thrombosis, *Lancet*, 1972, *II*, 441.

111) VOICULESCU M. — Prevenirea trombozelor venoase în chirurgie (Editorial), *Viața med.*, 1972, 19, 23, 1 057.

112) HUTTMANN A. — Besitz Aspirin anti-atheromatöse Wirkung ? *Münch. med. Wschr.*, 1970, 35, 1 572.

113) ROSS R., GLOMSET A. — The pathogenesis of atherosclerosis, *New Engl. J. Med.*, 1976, 295, 420.

Scanned with CamScanner

În acest scop, este necesară cunoașterea aprofundată a proceselor biochimice, care stau la baza comportamentului funcțional al trombocitelor. Se știe, astăzi, că sub acțiunea unor stimuli cu rol agregant se produce acid arahidonic, care sub acțiunea unei enzime (ciclooxigenaza) este convertit în prostaglandina G_2, precursor al tromboxanului A_2 (TX A_2), cu efect agregant foarte puternic. În același timp, în peretele vascular, se produce prostaciclina (PG I_2), substanță cu efect contracarant (dezagregant) puternic. Din echilibrul între producerea acestor substanțe, rezultă situația normală sau — în caz de exces de tromboxan — rezultă formarea de trombusuri.

Aspirina acționează blocînd ciclooxigenaza, prevenind sinteza de prostaglandină (deci prevenind formarea succesivă de tromboxan), inhibînd astfel, în mare parte, agregarea trombocitelor. Efectul inhibitor al aspirinei asupra agregării trombocitelor și asupra secreției și sintezei de prostaglandină se pune în evidență după ingestia de 0,3—1,2 g din acest medicament. Nu există dovezi că trombocitele ar deveni refractare la acest efect inhibitor după administrări îndelungate de aspirină (105).

Se apreciază că un antitrombotic ideal ar trebui să intervină blocînd formarea de tromboxan A_2, fără a altera formarea substanței cu efect advers, produsă în peretele vascular (114).

Indicațiile aspirinei în prevenirea trombozelor vasculare

Tromboze venoase postoperatorii. Prevenirea tromboembolismului postoperator, această veche și gravă problemă a chirurgiei, a suscitat numeroase încercări de prevenire, prin utilizarea medicamentelor cu rol antitrombotic. Rezultatele favorabile, obținute în prevenirea trombozelor venoase profunde postoperatorii, prin administrarea de doze mici de heparină, heparinat de sodiu sau de calciu (Calciparin), începînd cu 2 ore înainte de operație și continuînd 7—10 zile după aceea, sînt bine cunoscute (111).

În ceea ce privește aspirina, utilizată în doze zilnice de 1,2—1,5 g, o serie de studii au arătat că aceasta poate reduce astfel incidența trombozelor venoase postoperatorii (109)(115). Rezultatele

114) MITACHELL J. — Does Aspirin prevent Stroke ? *Practitioner*, 1979, 223, 668.

115) HARRIS W. și colab. — Aspirin prophylaxis of venous thromboembolism after total hip replacement, *New Engl. J. Med.*, 1977, 297, 1 246.

Scanned with CamScanner

obținute de Harris și colab. (115) prezintă un aspect interesant: efectul profilactic obținut cu doza de 600 mg × 2/zi, a fost statistic semnificativ la bărbați, în timp ce la femei efectul protectiv a fost absent (fenomen rămas neexplicat). Doza zilnică se continuă circa 3 săptămîni după operație. Alți autori au obținut rezultate negative cu aspirina.

Accidentele cerebrovasculare. Boala ischemică cerebrovasculară trebuie depistată în formele cele mai incipiente, înainte de apariția infarctelor cerebrale definitive, prin tromboembolizarea arterelor cerebrale (urmate de sechele) sau în forma supraacută de ictus apoplectic *(stroke)*. Este preferabil ca pacienții să fie decelați în stadiul de apariție a unor atacuri trecătoare de ischemie cerebrală (cu variate manifestări), cum este cel de amaurosis fugax (orbire monooculară pasageră). Aceste manifestări inițiale au la bază microembolizări, prin trombusuri formate de fibrină + trombocite, depozitate pe leziunile aterosclerotice ale ramurilor arteriale carotidiene.

Pe baza experienței de pînă acum, în folosirea profilactică a aspirinei, rezultatele obținute de Fields și colab. (116) și de grupul canadian de studiu (102) sînt favorabile cu condiția aplicării în stadiul precoce al ischemiei cerebrale (cu fenomene clinice tranzitorii). În astfel de cazuri, rezultatele obținute de Fields au fost statistic semnificative, cazurile de atacuri ischemice cerebrale fiind mult mai rare la cei care primeau aspirină, în comparație cu grupul martor (19% față de 44%). Doza zilnică de aspirină folosită a fost de 1'300 mg. În studiul canadian, aspirina a fost administrată în doză de 325 mg × 4/zi. Rezultatele au fost în favoarea aspirinei, concluzia studiului fiind că: „aspirina este un medicament eficace la bărbați cu amenințare de apoplexie". Această precizare a fost necesară, deoarece diferența a fost semnificativă, față de grupul martor, numai la persoanele de sex masculin.

Rezultatele obținute, în același studiu, cu sulfinpirazonă (Anturan) au fost negative.

În prezent, după Weiss (105) și după alți autori (117), apare rezonabil a se folosi aspirina în doză de 0,6 × 2/zi, pentru prevenirea atacurilor de ischemie pasageră cerebrală.

Cardiopatia ischemică și infarctul miocardic. Cu multă atenție a fost urmărit efectul profilactic al utilizării aspirinei față de

116) FIELDS N. S. — Controlled trial of aspirin in cerebral ischemia, *Stroke*, 1977, 8, 301.
117) SANDOK B. și colab. — Guidelineas for the management of transient ischemic atacks, *Mayo Clin., Proc.*, 1978, 53, 665.

Scanned with CamScanner

infarctul miocardic, ţinînd seama că tromboembolismul indus de trombocite ar deţine un rol important în patogenia acestuia.

Un recent studiu experimental pe cîini, a arătat că aspirina induce o creştere o fluxului sanguin colateral, după ocluzia acută a coronarelor (118). Folosirea acestui medicament cu acţiune antitrombotică apare astfel raţională.

Rezultatele obţinute pînă acum cu aspirină apar promiţătoare. Astfel, în studiul AMIS, recăderea de infarct a survenit în 6,3%, în grupul de aspirină, şi în 8,1%, la grupul placebo. În studiul făcut de Elwood şi colab. (119), cu numai 0,3 g aspirină pe zi, timp de 30 de luni, s-a arătat de asemenea o tendinţă în favoarea lotului tratat cu aspirină, în comparaţie cu lotul martor.

Studiul PARIS (Persantin and Aspirin Reinfarction Study), publicat recent (120), a arătat că asocierea aspirină 972 mg + dipiridamol (Persantin) 225 mg, administrată zilnic, timp de 24 de luni, a fost urmată de o scădere cu 51% a mortalităţii coronariene faţă de grupul control. În grupul care a primit numai aspirină, s-a obţinut, de asemenea, o scădere cu 40% a mortalităţii faţă de grupul control.

Aceste rezultate apar astfel semnificative statistic şi încurajatoare.

Ar fi desigur şi mai interesant, dacă s-ar încerca o profilaxie primară a infarctului miocardic, prin administrarea aspirinei la persoanele aparent sănătoase.

Efectul preventiv antitrombotic, în operaţiile pe cord. Un alt domeniu de aplicare preventivă a aspirinei este acela al operaţiilor pe cord, în special în cunoscuta operaţie de reconstituire a arterelor coronariene cu grefon venos *(coronary-artery by-pass operation)*. În astfel de cazuri, succesul operator este afectat de ocluzia ulterioară a transplantului, prin formarea de trombusuri pe pereţii vasculari. Cercetări recente au demonstrat că folosirea de substanţe cu acţiune antiagregantă trombocitară (aspirina şi dipiridamolul), acţionează antitrombotic, prevenind ocluzia grefonului venos, după operaţia de reconstituire a arterei coronare (103). Se consideră că asocierea dipiridamolului (Persantin) la aspirină potenţează efectul

118) CAPURRO N. şi colab. — Aspirin-induced increase in collateral flow after acute coronary occlusion in dogs, *Circulation*, 1979, 59, 744.

119) ELWOOD P. C. şi colab. — A randomized controlled trial of aspirin in the secondary prevention of mortality from myocardial infarction, *Brit. med. J.*, 1974, 1, 436.

120) CULLTION B., WATERFULL W. — Studies of myocardial infection, *Brit. med. J.*, 1980, 1, 1 370.

Scanned with CamScanner

antitrombotic al aspirinei (121), ceea ce justifică folosirea concomitentă a acestor medicamente.

Cercetările recente nu sprijină temerea că dozele zilnice de 1 g de aspirină ar acționa nefavorabil, prin inhibarea producerii de prostaciclină (103)(121). Doza de 1 g nu apare deci excesivă, ca uz profilactic, deși este probabil că o doză mai mică este de asemenea eficace. Tendința actuală este de a se folosi o doză zilnică de 350 mg.

Un efect de prevenire a cataractei. Un recent studiu al lui Cotlier (122) semnalează un efect favorabil al aspirinei în prevenirea ori încetinirea cataractei oculare, prin administrarea de aspirină 650 mg × 2/zi. Autorul a pornit la efectuarea acestui studiu de la constatarea făcută pe 62 de persoane cu artrită reumatoidă, tratați 4 ani cu aspirină, care nu au făcut cataractă. Un efect favorabil al aspirinei, care rămîne de verificat prin alte studii.

În concluzie, se poate afirma că rezultatele utilizării unor medicamente — și în mod particular a aspirinei — cu rol antitrombocitar în profilaxia accidentelor cardiovasculare, apar foarte promițătoare și chiar reconfortante. Fără a considera aspirina în mod eronat ca un panaceu, în bolile cardiovasculare, trebuie admis că rezultatele de pînă acum *demonstrează o reducere a riscului prin accidente vasculare cerebrale și prin infarct miocardic* prin această utilizare profilactică. Indicațiile profilactice ale aspirinei trebuie, desigur, încadrate în conduita, mult mai complexă, de prevenire a bolilor cardiovasculare, în care se cuprind pe lîngă medicații, o dietă adecvată și, mai ales, o conduită rațională a vieții.

61.

Particularități ale infecțiilor în senescență

În prezent, *speranța de viață* la naștere a ajuns, în multe țări, în medie la peste 70 de ani, ceea ce a avut ca urmare o creștere considerabilă a populației vîrstnice. Astfel, în S.U.A., populația în vîrstă de peste 65 de ani a ajuns în prezent, la

121) SALZMAN E. — Aspirin to prevent arterial thrombosis, *New Engl. J. Med.*, 1982, 307, 113.
122) COTLIER E. — L'acide acetyl salicylique pourrait aréter ou relentir l'evolution de la cataracte, *Med. World News*, 1981, 23, 37.

Scanned with CamScanner

25 000 000 și se evaluează că va ajunge la 32 000 000 vîrstnici în anul 2 000. După Cebotarev, în U.R.S.S., în 1970 existau 21 700 de centenari (dintre care 16 276 femei). După datele comunicate la simpozionul național de gerontologie, ținut la București în decembrie 1979, logevivii (persoanele în vîrstă de peste 85 ani), care în 1956, în țara noastră, erau în număr de 33 748, au ajuns în 1977 la 86 544, iar în anul 2 000 se apreciază că va crește încă de 2,4 ori.

Din ce în ce mai mult, medicii vor avea de îngrijit un număr mai mare de persoane în etate. Gerontologia și geriatria apar tot mai necesare, în formarea și în practica medicului actual.

Printre particularitățile patologiei la această vîrstă, care se impun a fi cunoscute, se numără și acelea de *patologie infecțioasă la bătrîni*. Aceste particularități țin de slăbirea funcției imunitare la bătrîni, de o receptivitate crescută a acestora la anumite infecții, precum și de unele aspecte clinice caracteristice ale infecțiilor la această vîrstă, care creează uneori dificultăți.

Alterări ale funcției imunitare la bătrîni

O serie de modificări ale funcției imunitare apar la vîrsta senescenței. Cea mai importantă — și sigur probată — este aceea a slăbirii funcției imunitare la această vîrstă. Încadrată în tabloul îmbătrînirii tisulare generale, depresia imunitară a senescenței se consideră a fi determinată nu numai de scăderea cantitativă (diminuarea celulelor imunocompetente), ci și de un defect calitativ al celulelor *T* și *B* (Gallard, 1979) (123). Se produce, astfel, cu vîrsta, o scădere și o disfuncție a sistemului imunitar. Este probabil că, și în cazul imunității, ritmul îmbătrînirii diferă după individ.

Cea mai afectată este imunitatea celulară, ceea ce se exprimă prin atrofierea totală a timusului și a țesuturilor limfoide timodependente (124). Se constată o scădere numerică a limfocitelor *T*, iar răspunsurile imune celulare, primare și secundare, sînt deficitare. Astfel, dispar răspunsurile la antigene cunoscute și se constată o incapacitate în recunoaștere a unor noi antigene.

Cu înaintarea în vîrstă, se constată o scădere continuă a numărului total de limfocite și — în acest cadru — o scădere a diferi-

123) * * * — Lymphocite et vieillissment, *Méd. et Hyg. (Genève)*, 1979, 37, 3 377.

124) GIRARD P. J. și colab. — An immunological approach to ageing. *Clin. exp. Immunol.*, 1977, 27, 85.

Scanned with CamScanner

telor subpopulații de limfocite și în special a celulelor *T*. La vîrsta foarte înaintată, numărul limfocitelor ajunge la jumătate față de tineri (125).

Imunitatea umorală este, de asemenea, afectată, în sensul creșterii IgG și IgE, iar concentrația IgM scade (124)(126). Răspunsurile imunitare sînt slabe ; apar perturbări ale sistemului complement și se constată o prezență frecventă a autoanticorpilor.

Numeroase experiențe au demonstrat aceste alterări ale sistemului imunitar, ceea ce face ca apărarea antiinfecțioasă a bătrînilor să fie deficitară pe plan general (anergie), ca și pe planul reacțiilor inflamatorii locale.

Se cunoaște, de asemenea, că o funcție care se atribuie celulelor timodependente este și aceea de a asigura o formă de „supraveghere imunologică a organismului". Or, prin deficitul cantitativ și calitativ al celulelor *T*, se slăbește astfel această „supraveghere", ceea ce are drept consecință nu numai scăderea rezistenței la infecții, dar ar putea explica și frecvența crescută a tumorilor la această vîrstă (rolul imunității în patogenia tumorilor). După această ipoteză emisă de Thomas (1959) și de Burnet, o funcție a imunității ar fi și aceea de a elimina din organism celulele potențial maligne, pe măsură ce acestea apar. Or, la persoanele în etate, această „supraveghere imunologică" fiind în scădere, carcinogeneza nu ar mai putea fi controlată.

Un alt aspect al imunității la vîrstnici este acela al apariției frecvente la aceștia de *fenomene autoimune*. Este cunoscută concepția lui Burnet, cu privire la *rolul autoimunității în producerea îmbătrînirii*, pornind de la influenta sa teză „The clonal selection theory of acquired immunity" (1959). Procesul de îmbătrînire ar fi caracterizat după această teorie, printr-o tendință crescută la reacții autoimune, exprimate prin variate manifestări morbide, acute și cronice (127). După Burch (128) multe din bolile autoimune (poliartrita evolutivă, lupusul eritematos diseminat, lupusul cronic discoid, miasthenia gravis) ar lua naștere din mutații somatice în celulele trunchiului cerebral ale sistemului limfocitar *T*, ca și alte

125) ROSENTHAL M., STEIMANN A. — Lebensalter und Immunität Lymphozyten population im peripheren Blut veschiedenen. Altersgruppen, *Dtsch. med. Wschr.*, 1978, 103, 409.
126) PHAIR J. P. și colab. — Host defenses in the aged : evaluation of components of the inflamatory and immune responses, *J. infect. Dis.*, 1978, 138, 67.
127) BURNET F. M. — An immunological approach to ageing, *Lancet*, 1970, *II*, 368.
128) BURCH P. — Immunological aspects of ageing, *Practitioner*, 1975, 214, 533.

Scanned with CamScanner

manifestări de tip „autoagresiv" cum sînt cele banale, ca încărunţirea şi căderea părului, pînă la altele mai grave, cum ar fi unele boli cardiovasculare (coronaropatii). Factorii extrinseci (microorganisme patogene şi diverse alergene) intervin în ritmul de declanşare a proceselor autoimune. Consecinţa logică a acestor constatări şi ipoteze se exprimă prin încercările care se fac în prezent, prin folosirea de variate proceduri imunologice pentru controlul unor boli degenerative şi maligne, care apar în senescenţă.

Frecvenţa crescută a unor infecţii la vîrstnici

Alterările mai sus arătate ale funcţiei imunitare demonstrează suficient receptivitatea crescută a vîrstnicilor la infecţii. La acest factor, se adaugă diverse deficienţe anatomice şi funcţionale, precum şi insuficienţe nutriţionale, cu rol în apărarea antiinfecţioasă. Toate acestea explică frecvenţa crescută a unor infecţii la vîrstnici, cum sînt : infecţiile bacteriene, virale şi micotice bronhopulmonare, cele urinare, tegumentare şi ale mucoaselor, infecţiile sistemice (septicemii, bacteriemii), şocul endotoxinic. Este cunoscută şi receptivitatea bătrînilor la infecţia tuberculoasă.

Aspecte clinice ale infecţiilor în senescenţă

Deosebit de importante sînt manifestările clinice, precum şi reacţiile măsurate prin teste de laborator ale infecţiilor la bătrîni, care diferă considerabil de acelea de la tineri sau persoane mature. Trebuie ţinut seama că răspunsul prin febră la diferite infecţii poate fi foarte redus ori chiar absent la bătrîni. Nu este rar ca procese infecţioase floride (peritonite, abcese tisulare profunde, bronhopneumonii etc.) să se însoţească de o temperatură normală, de o discretă subfebrilitate sau chiar de hipotermie. Medicul neexperimentat, care vrea să evalueze prezenţa unei infecţii la bătrîni, după creşterea temperaturii, greşeşte enorm ! Am putut observa cazuri, ajunse la necropsie, cu amigdalită supurată ori cu abcese hepatice, ori supuraţii renale, la care temperatura în cursul vieţii, oscila puţin în jurul lui 37°. Am văzut, de asemenea, cazuri de apendicită supurată, în curs de perforaţie, cu reacţie peritoneală, la bătrîni, care prezentau o temperatură aproape normală, dar cu extremităţi reci şi umede !

Scanned with CamScanner

În aceste cazuri, controlul funcției circulatorii (cord, tensiune arterială și puls accelerat) orientează mai bine asupra severității infecției.

Intensitatea și dinamica reacției inflamatorii la bătrîni sînt de regulă atenuate, estompate, insuficient exprimate clinic.

Apendicita acută la bătrîni se prezintă deseori fără durere, sau cu o durere discretă, iar reacția peretelui abdominal este abia sesizabilă, încît unii medici întîrzie, în mod regretabil, diagnosticul și consultul chirurgical.

Abdomenul acut la bătrîni trebuie privit cu totul altfel decît la adult (129).

Tot atît de discret poate fi și *răspunsul leucocitar*. În 30% din cazurile de apendicită acută la bătrîni, leucograma apare normală (130).

Endocardita bacteriană subacută la bătrîni prezintă un tablou clinic de obicei discret, afebril, greu de recunoscut în faza inițială, pînă la o evoluție înaintată a bolii și agravare.

Tuberculoza la bătrîni are o evoluție cronică discretă, paucisimptomatică, dar cu tuse și eliminare abundentă de bacili Koch („bătrîni tușitori", extrem de contagioși).

Hepatita virală poate trece frecvent într-o evoluție cronică. Este cunoscută, de asemenea, regresiunea lentă a proceselor inflamatorii în infecțiile respiratorii la bătrîni cu persistența îndelungată a semnelor stetacustice pulmonare.

Alte manifestări ale infecțiilor acute, cum sînt bacteriemiile brutale cu bacterii gramnegative, însoțite de șoc endotoxinic, trebuie recunoscute imediat, pentru gravitatea lor mult mai mare la vîrstnici, în comparație cu cei tineri ori maturi și în contrast uneori cu slaba reacție termică.

Ceea ce trebuie reținut, ca o *caracteristică generală* în infecțiile la bătrîni, este faptul că reacția generală și locală la agresiunea infecțioasă sînt alterate la bătrîni, fiind mult mai slabe, mai estompate în comparație cu cei tineri. Există o completă discordanță în infecțiile la bătrîni, *între gravitatea unei infecții și slaba exprimare clinică sau prin teste de laborator a infecției respective*. De aceea, pentru clinician un singur avertisment : *cave !*

129) STANDEVEN A. — The acute abdomen in the elderly, *Practitioner*, 1979, 222, 465.

130) HUBBELL D. S. și colab. — Appendicitis in older people, *Surg. Gynec. et Obst.*, 1960, 110, 289.

Scanned with CamScanner

Psihologie, automobilism și accidente rutiere

Statisticile accidentelor de automobil arată (aproape invariabil) că, în 80—85% din cazuri, factorul uman, omul cu însușirile sale și caracterul său, este direct responsabil de producerea acestora. Numai în restul cazurilor, se poate vorbi de accidente veritabile, imprevizibile, ținînd de defecțiunile mecanice ori de incidentele rutiere neașteptate. Desigur, perfectarea continuă mecanică a automobilelor rămîne un obiectiv important al securității rutiere și trebuie salutate ca binevenite toate acțiunile care s-au întreprins în ultimul timp, în acest sens.

Ceea ce este însă mai important, dar totodată și mai greu de soluționat, este *corectarea factorului uman*. Situația apare mai dificilă, dacă ținem seama de faptul că, din această mare proporție de cazualitate de natură umană, numai o mică parte poate fi atribuită anumitor condiții medicale majore, cunoscute ca afectînd aptitudinea de a conduce : diabetul, epilepsia, tulburările de vedere, insuficiența circulatorie cerebrală și altele. De fapt, aceste condiții se soluționează prin examenul medical la acordarea carnetului de conducere (interdicția de conducere) sau cel puțin, acesta servește la atenționarea conducătorilor cu unele stări morbide la limită, de a acționa cu mai multă prudență.

Importanța psihopatiilor

Imensa majoritate a condițiilor cauzale umane, care grevează cu atît de multe accidente circulația rutieră actuală, este alcătuită din anumite trăsături de caracter, improprii conducerii de vehicule, și mai ales din unele tulburări de comportament, dintre care unele abia perceptibile, pentru a fi încadrate într-un diagnostic *(psihopatii marginale)*, iar altele reprezentînd tulburări grave de caracter și de conduită. Experiența mondială și cercetările medicale, psihologice și sociologice au adus numeroase probe în acest sens, dar — din păcate — mai puține soluții.

De fapt, orice persoană, care se urcă astăzi într-un vehicul cu motor, caută cu grijă să-și dea seama și de trăsăturile psihologice ale șoferului respectiv, de stilul acestuia de a conduce. În mod just, s-a spus că *un bun conducător de autovehicule este acela*

Scanned with CamScanner

care nu numai că nu determină accidente, dar nu provoacă nici spaima pasagerilor săi sau a pietonilor. Pe de altă parte, nu este greu de definit, ceea ce se cheamă conducători periculoşi, caracterizaţi prin : atenţie deficitară, violenţă agresivă, nechibzuinţă, egoism, refuzul disciplinii şi negarea autorităţii, trăsături care conturează în general un comportament antisocial.

Din nefericire, depistarea acestor devieri de caracter nu se poate face cu tot atîta uşurinţă, dificultăţi la care se adaugă şi altele, cum sînt acelea ale încadrării unor tulburări psihice, fie în aspecte uzuale la limită, fie în starea de boală. Examenele medicale aprofundate, în acest scop, pot deduce unele situaţii îngrijorătoare. Astfel, se citează o cercetare făcută la o clinică din Detroit (S.U.A.), unde pe baza unui examen medical făcut la un număr de 10 000 de conducători auto, luaţi la întîmplare, s-au descoperit : 100 de alienaţi total şi 850 cu diferite afecţiuni psihice. De reţinut că toţi aceştia conduceau cu peste 100 km pe oră (131).

În psihologia conducătorului de automobil, se cuprind numeroşi factori, dintre care unii greu de depistat prin examene uzuale, se revelează ori se exacerbează în conduita la volan (132). Printre aceştia, se numără impulsivitatea, irascibilitatea şi agresivitatea (contra lui însuşi, contra altora, contra vehiculului). Astfel de persoane, cu explozii de furie, sînt acelea care provoacă şi cele mai multe accidente. În cel mai bun caz, dacă nu provoacă un accident, aceştia consumă de regulă cu 25% mai multă benzină (pentru a cîştiga cîteva minute la 100 km).

Autorii străini stăruie şi asupra a ceea ce ei numesc „dorinţa narcisică" a unora de a fi „mai puternici", de a compensa prin viteză un sentiment de inferioritate, spre exemplu : din partea unui tînăr faţă de altul mai vîrstnic, sau din partea unui conducător de automobil cu cilindree mai mică, faţă de un automobil mai forte (132). „Spiritul competitiv" pe şosea, mergînd uneori pînă la „oboseala competitivă" ca şi „gustul de risc" constituie trăsăturile de caracter frecvente, mai ales la unii tineri, ceea ce explică frecvenţa mai mare a accidentelor la această vîrstă (133). S-a creat şi termenul de „sindromul centaurului", pentru acest tip de comportament (134).

131) * * * — *Informaţia*, 25.I.1965.

132) HELD R. R. — Introduction générale à la psychopathologie du conducteur d'automobile, *Gaz. méd.*, 1971, 77, 3 526.

133) ROCHE M. — L'aspect psychologique de la relation voiture-conducteur en fonction de l'âge du conducteur, *Gaz. méd.*, 1971, 77, 3, 541.

134) DJUVARA R. şi colab. — Psihologia automobilismului sau „sindromul Centaurului", *Viaţa med.*, 1970, 17, 81.

Scanned with CamScanner

Egoismul constituie o altă trăsătură de caracter pentru „răul" conducător auto. Un astfel de conducător caută să strîmteze drumul altora (comportîndu-se pe șosea ca unic stăpînitor), nu suportă ca alții să-l depășească, nu acordă prioritate (sau cel puțin „amenință" să nu o acorde), intimidează pe începători, îi pune în situație grea pe alții. Dintre acești conducători, se recrutează și delicvenții, care nu acordă ajutor celor accidentați.

Persoanele lipsite de atenție (de tip distractiv) ori care sînt frecvent distrate, precum și acelea lipsite de promptitudine în judecarea și luarea unor hotărîri rapide, creează deseori pericole de accident.

De asemenea, persoanele care suferă (alternativ) de episoade de depresie și de faze de excitație psihică, favorizează conduceri periculoase (132). Consumul de substanțe psihotrope (atît de numeroase astăzi) crește și mai mult acest risc.

„Răul" conducător auto

Iresponsabilitatea și nechibzuința caracterizează pe acei conducători, care se fac vinovați de abateri, să le spunem „clasice". Astfel : nu acordă importanța cuvenită controlului tehnic regulat al automobilului respectiv, nu apreciază cu chibzuință situațiile rutiere pe parcursul călătoriei, îi ispitesc abaterile, persiflează regulamentele, conduc în stare de oboseală ori de nesomn ori după consum de băuturi alcoolice etc.

Se poate ajunge astfel la schițarea portretului psihologic „robot" al „răului conducător de autovehicule". Căci, așa cum spunea un medic francez (Bailly-Salin) (135) :

„Automobilul este o aventură umană, care nu este probabil la îndemîna oricui. Este evident că numeroși conducători auto sînt inapți pentru a conduce. Astfel, sînt unii cărora le lipsește gîndirea preventivă. Sînt alții, cărora le place să se joace cu instinctul morții. Sînt apoi dintre aceia, care se cred la ei acasă în automobil și se comportă ca niște iresponsabili veseli. Mai sînt, în fine, unii care nu gîndesc deloc".

În mod just, se poate afirma că automobilul pune în evidență ființa umană, așa cum ea este în realitate : „omul conduce așa cum trăiește" (136).

135) * * * — *L'Humanité*, 24 noiembrie 1966.
136) Mc FARLAND R. — Psychological and Psychiatric Aspects of Hishway Safety, *J. Amer. med. Ass.*, 1957, 163, 233.

Scanned with CamScanner

Față de aceste constatări, măsurile represive, prevăzute de orice cod rutier, nu sînt suficiente. Fără a nega valoarea educativă și preventivă a acestor măsuri, este necesar să se recurgă la o prevenire, pe cît posibil, primară.

— Se pune, în primul rînd, problema unui *examen psihologic* pentru toți conducătorii de autovehicule (cel puțin începînd cu cei profesioniști). De reținut că, pentru conducătorii de autovehicule din transporturile publice, în țara noastră, în ultimii ani, s-a introdus examenul psihologic, în cadrul unor laboratoare de psihologie special destinate selecționării și controlului personalului din transporturile rutiere (137). În astfel de laboratoare, se poate selectă personalul pentru transportul rutier și se poate evalua orientarea profesională. Pentru realizarea unei astfel de acțiuni, cît mai largi, este necesar în perspectivă o colaborare mai strînsă între medici, psihologi și specialiști în problemele circulației rutiere. Aportul psihologiei va ajuta la o mai bună aprofundare a cauzalității accidentelor rutiere (138).

— Publicații de specialitate, pentru o *conduită preventivă* (139).

— Concomitent, trebuie continuată o *acțiune lămuritoare* prin presă, tracte, broșuri, filme. Lecții educative se pot face în școlile generale, precum și expuneri în cadrul unui *curs de psihologie medicală* în facultățile de medicină. Din toate aceste materiale, trebuie să rezulte clar că în circulația rutieră, hazardul există mult mai rar, decît se crede, unde de regulă, nu putem acuza întîmplarea, neșansa. În circa 8 din 10 accidente, stă la bază o greșală umană.

— În fine, putem afirma că se conturează o nouă etică, și anume etica *circulației rutiere* (136), care — ca și codul de deontologie pentru medicină — trebuie să completeze codul rutier, în abordarea preventivă „infraclinică", a accidentelor rutiere.

63.

Somn. Insomnii. Coșmaruri

Ținînd seama că 1/3 din viața noastră o petrecem în somn, ar fi foarte justificat ca *studiul somnului* să fie privit cu

137) * * * — *Informația*, 30 oct. 1968.

138) VOICULESCU M. — Probleme psihologice ale conducerii autovehiculelor, în broșura : „Reguli pentru prevenirea accidentelor de circulație", Ed. medicală, București, 1969.

139) BUZEA V., BEDA V., ENE GH. — Conduita preventivă în circulația rutieră, Ed. Sport-Turism, București, 1979.

Scanned with CamScanner

multă atenție, iar în facultăți studenților să li se predea mai mult despre somn și despre tulburările acestuia. Cîte ore din programul facultăților sînt consacrate însă problemei somnului ? Este un adevăr prea comun de a recunoaște că de o bună calitate a somnului și a desfășurării acestuia depind tot atît de mult randamentul zilei de muncă, precum și calitatea vieții. Numeroase probleme fiziologice și fiziopatologice, neurologice și psihologice ale somnului se află încă nesatisfăcător rezolvate pe agenda de lucru a cercetării științifice. Între timp, în practica medicală, se prescriu intens somnifere. După datele statistice, în Franța, 3 000 000 de persoane iau zilnic un somnifer înainte de culcare, iar în S.U.A. numai în 1977 s-au investit în producția de somnifere 500 000 000 de dolari. Insomnia apare ca una din bolile secolului. Dar perturbațiile somnului sînt mai multe.

Trebuie să recunoaștem, însă, că în ultimii ani studiul somnului și al dezordinelor acestuia și-a găsit mai mult loc în cercetarea științifică.

Țara noastră se înscrie printre primele țări în atenția acordată cercetării medicale a somnului. Este elocvent să amintim în acest sens „Centrul de cercetări în domeniul somnului" de la Tîrgu Mureș, sub conducerea prof. L. Popoviciu și a colaboratorilor săi (B. Asgian și I. Pascu), ca și cercetările care se fac la București de prof. I. Cincă și colab., de dr. S. Pavel, precum și de alți cercetători. În septembrie 1978, țara noastră a găzduit la Tîrgu Mureș al IV-lea „Congres european de cercetări asupra somnului" (în organizarea prof. L. Popoviciu), la care s-au comunicat numeroase și extrem de interesante studii asupra variatelor aspecte normale și patologice ale somnului (140). Pe coperta volumului acestui congres, organizatorii au reprodus celebra sculptură „Somnul" a lui C. Brâncuși.

De la vechi teorii la cunoașterea actuală a somnului

Misterul somnului preocupă de secole omenirea. Unii l-au comparat cu imaginea morții. Astfel, Shakespeare vorbea despre somn, ca „moartea de fiecare zi" (în Macbeth) iar Hamlet se exprima, într-unul din solilocviile sale, astfel : „to die, to sleep : Perchance to dream : ay there's the rub...".

140) POPOVICIU L., ASGIAN B., PASCU I. — Al IV-lea Congres european de cercetări asupra somnului, Tg. Mureș 11—15 sept. 1978, un vol., 156 p

Asocierea nu este însă totdeauna departe de unele realități. Este cunoscut, astfel, *sindromul de apnee care apare în somn* și este adesea letal („moartea în pat"), ca și implicația acestui sindrom de apnee, în unele cazuri de morți subite la copii mici (141).

În secolul trecut, somnul era considerat ca o consecință a acumulării de substanțe toxice, rezultate din metabolism în cursul stării de veghe (142). Numai la începutul acestui secol, Claparède a adus în „Esquisse d'une théorie biologique du sommeil" (Geneva, 1905), prima teorie mai acceptabilă asupra somnului, considerîndu-l ca un instinct, în sensul că : „noi nu dormim pentru că sîntem intoxicați sau epuizați, ci dormim pentru a nu fi altfel". El privea somnul ca un proces activ, ca o inhibiție activă față de mediul exterior, „o dezinteresare activă". În același sens, se exprima și Bergson : „dormir, c'est se désintéresser".

Numeroase studii neurofiziologice și neurochimice au continuat de atunci, pentru a se explica mecanismul somnului, folosindu-se înregistrări poligrafice continue (EEG, ECG, EMG), studii anatomo-clinice, biochimice etc. O contribuție interesantă a adus, în 1977, cercetătorul român S. Pavel, care a izolat din epifiză un hormon puternic inductor de somn, *arginina vasotocina pineală,* pe care celulele glandei pineale îl eliberează în L.C.R. în cursul nopții (143).

Problema dezbătută mult în trecut, dacă somnul poate fi considerat un fenomen activ sau pasiv, apare astăzi rezolvată, în sensul că, în mare parte, somnul este un fenomen activ, în care intervin : substanța reticulată din trunchiul cerebral și o serie de nuclei ca locus coeruleus, rafeul și talamusul intralaminar (142). Leziuni ale hipotalamusului anterior și ale regiunii preoptice ori secțiuni mediopontine ori distrugerea rafeului median provoacă pierderea somnului (142).

Balanța funcțională între starea de veghe și starea de somn a fost, de asemenea, mult studiată. Diferite substanțe cu rol transmițător (catecolamine, dopamină, noradrenalină) intervin, probabil, asupra substanței reticulate în reglarea veghe-somn. Blocajul sintezei de serotonină conduce la insomnie, ca și distrugerea unor nuclei din centrul cerebral (142).

Mult studiată a fost și *semiologia somnului normal,* cu alternanțe veghe-somn, durata și ritmul variind fiziologic cu vîrsta.

141) NOGUES B. și colab. — About short apnoea during sleep in infancy, Ibidem, p. 116.
142) GAILLARD J. M. — Physiologie du sommeil et physiopathologie de l'insomnie, *Schweiz. med. Wschr.*, 1979, 109, 4, 97.
143) PAVEL S. — Pineal vasotocin : an extremely potent-slow-wave sleep-inducing hormone. În vol. : Al IV-lea Congres european de cercetări asupra somnului, Tîrgu Mureș, 1978, p. 121.

Scanned with CamScanner

Astfel, timpul petrecut în somn scade cu înaintarea în vîrstă: nou-născutul doarme între 16—17 ore din 24, dar adultul are nevoie de numai 6—9 ore. Pe măsură ce se înaintează în vîrstă, durata somnului necesar scade, ajungînd la 5 ore (144). Lipsa de somn nocturn este caracteristică persoanelor trecute de 60 de ani, la care dispare, totodată, și ritmul nictemeral, înlocuit cu un ritm policiclic (145). Se apreciază că un somn după amiază („siesta"), chiar scurt ca durată, este binefăcător.

În decurgerea somnului normal, se disting *4 stadii*, caracterizate prin anumite particularități clinice și ale EEG. Primul stadiu este scurt, fiind urmat de stadiile de somn lent (2—3—4 ore), caracterizate prin unde lente pe EEG și fără vise. După o durată variabilă de somn lent (1—2 ore), apare faza denumită de somn paradoxal, în care încetează activitatea lentă pe EEG, apar mișcări oculare rapide, mișcări corporale parțiale, precum și — ceea ce este caracteristic — apariția de vise. Alternanțele de somn lent și paradoxal se succed în timpul somnului, în mod ciclic (ritmul ultradien al somnului). Faza paradoxală a somnului predomină în stadiul al 4-lea, crescînd de-a lungul nopții. După L. Popoviciu, circa 20% din somn se petrece cu vise. Se pare că nou-născuții visează chiar 50% din durata somnului lor.

Numeroase cercetări s-au făcut pentru elucidarea și descifrarea viselor, aceste manifestări ale activității cerebrale, care au preocupat pe cei vechi, pentru atribuirea unor anumite semnificații și precizări, iar pe cercetătorii moderni pentru elucidarea fiziopatologică a acestor manifestări psihice, care uneori apare ca „adevărate furtuni ale activității neuronale" (L. Popoviciu).

Influențe externe asupra somnului

Interesante sînt și contribuțiile aduse în legătură cu influența unor factori externi asupra desfășurării somnului. S-au constatat, astfel, diferențe în conducerea somnului, în funcție de: sezoane, temperatura mediului ambiant, umiditatea sau uscăciunea mediului exterior. După unele cercetări (146), temperatura ambiantă cea mai confortabilă pentru somn este în jurul a 19°C, în

144) CRISP A. H. — Le sommeil, *Hexagone (Roche)*, 1977, 5, 4, 9.
145) TUNE G. S. — Sleep and wakefulness in normal human adults, *Brit. med. J.*, 1968, 2, 269.
146) EHRHART J. și collab. — Activation phases during human sleep in different conditions of ambiant temperature. În vol.: Al IV-lea congres european de cercetări asupra somnului, Tîrgu Mureș, 1978, p. 18.

Scanned with CamScanner

timp ce creşteri sau scăderi de 3—4°C ale temperaturii în cameră creează senzaţii subiective de disconfort.

Au fost studiate, de asemenea, efectul altitudinilor înalte (4 000—5 000 m) asupra somnului, schimbarea rapidă a fusurilor orare (prin deplasări cu avionul) sau efectul oboselii, care predispune la somn cu vise (L. Popoviciu) etc.

Numeroase şi interesante rezultate sînt oferite de *efectul diferitelor medicamente asupra somnului*. Astfel, s-a demonstrat un efect favorabil al aspirinei asupra somnului (probabil prin inhibiţia prostaglandinelor) (147). Ţinînd seama de acţiunea serotoninei în somn, se încearcă tratamente cu precursori ai serotoninei. Flurazepamul deşi ameliorează somnul, alterează performanţa psihomotorie în cursul zilei. Lormetazepamul s-a dovedit mai util ca medicaţie preoperatorie (în comparaţie cu pentabarbitalul) (148).

Din variata patologie a somnului

Somnul prezintă o variată patologie, de la *insomnie*, manifestarea cea mai frecventă, pînă la *agripnie*, sindrom rar, constînd din imposibilitatea de a dormi luni de zile, însoţită de agitaţie. Din lunga listă a stărilor patologice ale somnului, mai pot fi amintite : *narcolepsia* (accese de somn irezistibil), *noctambulismul* (frecvent la copil), *coşmarurile* (cu anxietate extremă, palpitaţii, sufocări, agitaţie), *enuresis*-ul nocturn, *hipersomnia* din sindromul Pickwick (somnolenţă diurnă, obezitate şi respiraţie Cheyne-Stockes), stările de *veghe patologică*, *tulburările de somn* din nevroze diverse, *bruxismul* (scrîşnirea dinţilor în somn), *hipersomnia idiopatică* (familială în 40% din cazuri) etc.

Din numeroase studii, făcute asupra insomniilor cronice, rezultă după unele cercetări (142) că, la insomniaci (în comparaţie cu persoane cu somn normal), se constată o deficienţă a producerii somnului lent profund (stadiile 3 şi 4), legată probabil de o tulburare a echilibrului veghe-somn. Lipsa acestui somn lent, profund, caracterizează insomnia cronică primară, în timp ce prezenţa lui este responsabilă de inducerea şi menţinerea somnului normal (142).

147) HORNE A., REILLY E. — The effects of aspirin upon human sleep, Ibidem.

148) DOENICKE A. şi colab. — Nigh time sedative effects of oral. Lormetazepam and pentobarbital in preoperative patients. Ibidem, p. 42.

Scanned with CamScanner

Riscuri letale în somn

Deosebit de interesantă apare și acțiunea unor tulburări de somn, sub forma de atacuri de *teroare nocturnă* și *halucinații*, cu efect nociv asupra miocardului. Stări emoționale, produse în somn, stimulează producerea de catecolamine adrenergice și de glucocorticoizi, care cresc necesitatea de oxigen a miocardului, favorizînd la persoane cu miocardoscleroză, hipoxia acestuia și accelerarea cordului, declanșînd astfel un cerc vicios, cu riscul producerii unor aritmii și chiar de moarte subită. Somnul patologic poate declanșa deci atacuri de angină pectorală și aritmii cu potențial letal (149).

Astfel de teroare nocturnă *(pavor nocturnus)*, binecunoscute la copii, pot fi deseori periculoase pentru persoanele vîrstnice, cu cardiopatie ischemică. De asemenea, sindromul de *apnee în somn*, caracterizat prin respirație dificilă, poate fi letal („sindromul Ondine"), cu „moarte în pat" prin acest mecanism.

Este clar că patologia somnului, atît cea proprie, cît și cea indirectă, indusă de somn, merită mai multă atenție, în cercetarea științifică, precum și în practica medicală curativă pe lîngă marea problemă a insomniei.

64.

Rîsul, o problemă de sănătate?

Rire est le propre de l'homme
RABELAIS

Rîsul, ca temă de discuție, este una din cele mai interesante și mai atractive, situîndu-se la zona de frontieră dintre medicină, filozofie și literatură.

Din punct de vedere medical, rîsul reprezintă o manifestare exterioară, a unei reacții emoționale caracteristică omului, exprimînd un sentiment de veselie, o stare de bună dispoziție. În scara animală, rîsul ar putea fi urmărit numai la maimuțe, în a căror mimică se distinge însă mai mult un fel de „zîmbet" sau „rînjet".

Disecînd *fiziologic* rîsul, specialiștii separă *3 componente* ale acestuia și anume :

— modificări ale feței ;

— emisiuni de sunete sacadate, mai ascuțite la copii și femei și de tonalitate mai gravă la bărbat ;

149) NOWLIN J. B. și colab. — The association of nocturnal angina pectoris with dreaming, *Ann. intern. Med.*, 1965, 63, 1 040.

Scanned with CamScanner

— producerea concomitentă de mișcări sacadate în expirație.

Rîsul este un act reflex. Din această cauză, este greu de stăpînit și de controlat, iar voința îl reproduce imperfect. Trebuie calități deosebite de artist și mai ales de arta mimicii, pentru a rîde „forțat" pentru public și fără un motiv interior.

Modificările feței, care exprimă rîsul, sînt produse prin contraacțiunea sinergică a circa 15 mușchi. În general, aceștia „ridică" trăsăturile feței, sînt mușchii expresiilor vesele. După cum se știe, unul din acești mușchi se cheamă *risorius* (de la *risus* = rîs), el provocînd gropițele, care apar în obraji la unele persoane care rîd. La aceste contracții ale mușchilor feței, se adaugă și contracții ale mușchilor abdomenului și toracelui, mai ales în „exploziile" de rîs, în rîsul cu zgomot. De observat că, la față, sînt și mușchii care coboară trăsăturile feței, producînd expresiile triste, dar nu aceștia ne interesează acum.

Factorii, care produc rîsul, sînt în primul rînd cei normali, fiziologici și anume excitanții psihici : bucuria și comicul.

Există însă și excitanți mecanici ai rîsului ; cum sînt atingerea ori excitația unor zone reflexogene ale pielii. Se pare, însă, că și în cazul acestui rîs intervin factori psihici, legați de intervenția, de obicei bruscă, a unei persoane străine, pentru că nimeni nu-și poate provoca rîsul gîdilîndu-se singur.

Menționăm că la baza creierului, în regiunea hipotalamică, s-a delimitat o zonă, unde se face coordonarea mecanicii rîsului ; prin excitația directă a acestei zone, se poate produce rîsul. În legătură cu aceasta, trebuie să amintim că există și un rîs patologic, care apare în diferite boli ale creierului. Un exemplu îl constituie persoanele vîrstnice cu arterioscleroză, care suferă de sindromul zis pseudobulbar și care rîd și plîng foarte ușor, fără un motiv bine fondat.

Semnificații ale rîsului

Mecanismul rîsului normal, fiziologic, datorat factorilor psihici, a fost mult analizat de medici și de filozofi, în decursul timpurilor. Rîsul exprimă bucuria, euforia, în general senzațiile agreabile, mai ales la copii ; la adulți, reflectă mai ales comicul, acesta rezultînd din modul de răspuns sau din comportarea inadecvată, neadaptată situației unei persoane, într-o situație dată.

Rîsul fiziologic, normal, are diferite grade și aspecte : poate fi un rîs abia schițat, fugitiv sau reținut, enigmatic, sarcastic. Fetele la pubertate au tendința de a rîde mult și ușor.

Scanned with CamScanner

Rîsul poate fi condiționat și de constituția neuroendocrină, care ar putea explica și acel surîs mult discutat al Giocondei, din tabloul lui Leonardo da Vinci. După endocrinologul italian Nicola Pende, modelul de femeie ales de Leonardo da Vinci pentru acest tablou exprimă un tip constituțional endocrin, cu anumite particularități hormonale ovariene, care ar explica acel surîs, întrucîtva distant și rece.

Semnificații sociale

Rîsul are și funcția unui limbaj, în stabilirea de legături între oameni. Așa cum spunea Horațiu, o glumă sau o vorbă de duh aduce adesea o dezlegare mai bună și mai durabilă în probleme mari, decît asprimea (*Satirae*, II, 10, 14—15), ceea ce rămîne adevărat totdeauna.

Rîsul intervine în diferite trepte de dezvoltare a omului, pe treapta cea mai ridicată fiind o expresie a comicului. Prin rîs, se pot stigmatiza defectele oamnilor, prostia, inadaptabilitatea socială a unora.

Rolul social al rîsului apare și în cunoscuta expresie *ridendo castigat mores* (rîzînd se îndreaptă moravurile), considerată ca o deviză a comediei și datorată poetului J. de Senteul (1690—1697), pe care actorul italian Domenico Biancolelli a înscris-o pe cortina teatrului său (150).

Marele scriitor, care a fost și medic în același timp, François Rabelais, a fost unul dintre aceia care prin opera sa a știut să mînuiască umorul și rîsul, ca o armă critică, ascuțită, ca o satiră neiertătoare a moravurilor societății epocii sale. Dobrogeanu Gherea aprecia pe Rabelais ca pe „unul dintre puținii scriitori de geniu, care, prin rîsul lor, au știut să biciuiască viciile societății".

Semnificații medicale : umorul pentru sănătatea omului

Opinii din antichitate, iar de atunci și altele în decursul secolelor, precum și cercetări recente, acordă rîsului un rol util în menținerea sănătății și în influențarea favorabilă a vindecării unor boli.

150) BARBU MARIAN — Dicționar de citate și locuțiuni străine, Ed. Enciclopedică, București, 1973.

Astfel, filosoful grec Democrit, creator al teoriei despre atom, a fost numit și filosoful „surîzător" sau umorist (151), pentru că ironiza și rîdea mult de frivolitatea și ocupațiile ușuratice ale oamenilor. El atribuia un rol important bunei dispoziții, umorului și rîsului.

„Rîsul este privilegiul zeilor și al oamenilor deopotrivă", spunea Democrit. Așa cum rezultă din viața și opera sa, Democrit „a introdus o morală a fericirii și a seninătății, spunînd că buna dispoziție nu este voluptatea, ci liniștea și tăria sufletului, netulburat nici de teamă, nici de superstiții, nici de vreo tensiune afectivă. Acela care este în bună dispoziție, spunea el, se ocupă de opere drepte și loiale, se bucură de viață și este în bună stare de sănătate, fizică și morală" (150). Cu această filozofie a vieții, frugalitate în nutriție și moderație în toate, el a trăit 90 de ani.

Marele scriitor și medic, care a fost Rabelais, a avut o concepție asemănătoare despre semnificația umană a umorului și a rîsului.

„Mieux est de rire que de larmes escrire : pour ce que rire est le propre de l'homme", spunea Rabelais.

Așa cum arătam într-o carte consacrată medicilor scriitori (152), umorul lui Rabelais trebuie înțeles și ca o anumită atitudine față de viață : aceea a bunei dispoziții, a optimismului și a sănătății spirituale. Această latură a geniului lui Rabelais a fost bine prinsă de Maxim Gorki, care spunea : „Rabelais știe să rîdă cum nimeni n-a știut pînă la el și nici după el, decît autorul lui Colas Breugnon ; iar un rîs bun este un indiciu al sănătății spirituale".

Desigur, genialul scriitor se va fi gîndit, scriind monumentala sa operă, ca să facă acea satiră neiertătoare a moravurilor societății, într-un mod glumeț, oferind oamenilor și o plăcută recreare. În precuvîntările cărților sale, el pretindea chiar, ca scriitor și medic, că n-a avut în vedere decît ușurarea și distrarea bolnavilor săi.

Nu este imposibil deci ca Rabelais să se fi gîndit asupra unui anumit efect terapeutic al rîsului, asupra evoluției bolilor, mai ales asupra celor cronice, plictisitoare. Cel mai minunat dintre glumeți — cum i s-a spus — ne-a făcut astfel o invitație la destindere și bună dispoziție „la acea voioșie a spiritului, în disprețul întîmplătoarelor lucruri".

De curînd (1982), a fost organizat un simpozion la Washington (S.U.A.), în care s-au prezentat studii privind biologia rîsului și

151) DAMBASSIS J. — Democrite, le philosophe humoriste. Comunicare la al 21-lea Congres internațional al medicilor scriitori, Corfu, 18—23 sept., 1976.

152) VOICULESCU M., ANGELESCU M. — Medici-scriitori, scriitori-medici, Ed. medicală, București, 1964.

efectele curative ale acestuia (153). Interesante sînt 2 concluzii. Astfel, după W. Fry (universitatea din Stanford), rîsul este un „jogging" pe loc sau staționar, prin contracția mușchilor abdominali, ai pieptului și ai umerilor ; la început, tensiunea arterială crește, după care mușchii se relaxează și tensiunea arterială scade. După J. Goldstein (Temple University), „rîsul prelungește viața, micșorează stressul și reduce tensiunea".

Este oare rîsul un medicament ? Poate că da. Se poate considera că mînuirea cu abilitate a cuvîntului de către medic, pentru a provoca bolnavului buna dispoziție și un rîs sănătos, constituie unul din factorii naturali și puternici, cu care putem influența favorabil vindecările unor oameni.

65.

Vaccinuri: orientări actuale

Din cînd în cînd vaccinările sînt puse în discuție. Pe drept ori pe nedrept ? Sînt ele toate indispensabile ? Sînt indicațiile lor imuabile ? Sau este cazul unor reconsiderări periodice ? Desigur, ca și alte măsuri sanitare, și vaccinările pot fi și trebuie adaptate situațiilor noi care apar, sanitare și epidemiologice. Există o strategie și o tactică a vaccinărilor. Apar probleme noi și se impun noi programe de vaccinări, sau se produc vaccinuri noi (vaccinul contra hepatitei B, vaccinul pneumococic), ale căror indicații si priorități trebuie precizate.

Rațiuni sociale și economice intervin, de asemenea, influențînd într-un fel sau altul soarta vaccinărilor. Societatea se interesează în special de 2 aspecte :

— eficiența vaccinărilor (effectiveness) ;

— raportul risc/beneficiu (risk/benefit ratio).

Față de ambele aceste întrebări, vaccinările dețin o poziție favorabilă și solidă.

Cu privire la *eficiență,* sînt suficiente cîteva exemple :

— *Epidemiile de poliomielită* au dispărut din țările unde vaccinarea antipoliomielitică se practică regulat și pe plan național. Astfel, în țara noastră, morbiditatea prin poliomielită a scăzut de la 42,4 cazuri/100 000 locuitori, în 1957 (înainte de vaccinarea orală), la 0,4/100 000 locuitori, în 1974. În S.U.A., poliomielita a scăzut de la 33 000 de cazuri, în 1952, la aprox. 14 cazuri pe an, în ultimii

153) Biologia rîsului — *România Liberă,* 1982 (6 octombrie).

Scanned with CamScanner

ani, iar decesele prin poliomielită de la 3 145, în 1952, la 1—2 pe an (154).

— *Difteria* a scăzut în țara noastră, datorită imunizării cu anatoxină difterică, de la 16,3/100 000 de locuitori, în 1938, la 0,02/100 000 de locuitori, în 1974, și la 0 $^{0}/_{000}$, în 1981.

— *Tetanosul* a scăzut de la 6,2/100 000 de locuitori, la 0,17 în 1981, ca urmare a vaccinării cu anatoxină tetanică.

Fără vaccinările respective, aceste boli nu ar fi putut fi niciodată reduse la incidența cu totul sporadică, de astăzi.

— Exemplul cel mai elocvent este oferit de *eradicarea variolei de pe întregul glob*, obținută în 1977, ca urmare a unui program de vaccinare de 10 ani, elaborat și condus de O.M.S., între 1966 și 1977. Întregul program a costat, pe plan mondial, 300 000 000 dolari. O realizare de seamă, deși tîrzie ; a trebuit să treacă 200 de ani de la descoperirea metodei de vaccinare, de către Jenner, în 1771, pentru a fi aplicată metodic și generalizată. Lungul drum al profilaxiei...

— Sînt și alte exemple convingătoare : *vaccinarea antirujeolică* se află în curs de a eradica rujeola, iar *vaccinarea contra tusei convulsive* a redus morbiditatea prin această boală.

— Anumite vaccinuri sînt necesare pentru protecția persoanelor, care călătoresc într-o zonă cu boli infecțioase periculoase, ca : febra galbenă (vaccinarea antiamarilică pentru protecția împotriva febrei galbene, boală virală, frecvent mortală în anumite zone tropicale), encefalite virale (vaccinuri contra unor encefalite).

Pe plan *economic*, dintre mijloacele profilactice, vaccinurile constituie soluția cea mai ieftină, în comparație cu complexitatea celorlalte măsuri preventive, care implică cheltuieli mari din partea mai multor sectoare. Cu 1—2 fiole de vaccin, pe persoană, se pot nu numai preveni epidemii, salvîndu-se numeroase vieți și prevenindu-se sechelele, dar *se realizează și importante economii pentru stat.*

S-a calculat, astfel, că *vaccinarea antipoliomielitică* a condus, prin suprimarea poliomielitei și a tuturor cheltuielilor legate de îngrijirea bolnavilor și a celor rămași cu sechele paralitice, la o economie de 6 miliarde dolari în S.U.A. Un alt exemplu îl constituie *vaccinarea antirujeolică*. După unele calcule (155), introducerea acestei vaccinări în 1965 pe scară mare în S.U.A. a condus, la o prevenire de cheltuieli în valoare de 1,3 miliarde dolari. Cifra a rezultat din următoarele calcule : costul de persoană vaccinată

154) Center for Disease Control, *Morbidity and Mortality*, 1962, 10, 4—5.
155) SCHREIDER H. — On the failure to eradicate measles, *New Engl. J. Med.*, 1974, 190, 803.

a fost de 1 dolar, iar economiile realizate au fost de 73 de dolari, pentru fiecare caz prevenit. S-au prevenit : 140 000 zile de spitalizare, pierderea a 78 000 000 de zile de școală și efectuarea a 12 000 000 de vizite medicale la domiciliu. În același timp, s-au salvat 2 400 de vieți și s-au prevenit 8 000 de cazuri de întîrziere mintală (prin encefalită rujeolică). Aceste rezultate se pot obține numai pe baza unui program național de vaccinare susținut (155).

Rezultate tot atît de bune, pe plan protectiv și economic, s-au obținut și în țara noastră, odată cu introducerea vaccinării antirujeolice în 1979. Calculele economice efectuate prin cercetări *ad hoc* au dat rezultate similare, beneficiile economice fiind evidente (156).

Orice slăbire în aplicarea programului de vaccinări, conduce însă implicit la scăderea beneficiilor rezultate, pe plan sanitar și economic (157).

O atitudine selectivă

Vaccinurile nu constituie unica măsură în profilaxia bolilor infecțioase ; ele nu pot suplini celelalte măsuri de prevenire și nici nu sînt menite să rezolve profilaxia tuturor infecțiilor.

Eficiența vaccinărilor nu trebuie nici supraevaluată, în detrimentul celorlalte măsuri. Trebuie combătută acea „tendință de satisfacție, susținută de sentimentul confortabil al unei rutine inevitabile la dimensiunile multimilioanelor de vaccinuri anuale" (158), care aparține partizanilor unor practici imunoprofilactice fără margini.

Trebuie ținut seama și de faptul că nu toate vaccinările s-au dovedit la fel de eficace, nefiind comparabile între ele. Astfel, una este eficiența preventivă a vaccinării antipoliomielitice sau antidifterice, și alta este aceea a vaccinării antiholerice sau antifebra Q. Din acest punct de vedere, vaccinările pot fi clasificate în mai multe categorii *(vide infra)*.

Sînt și alte criterii, de care trebuie să se țină seamă în categorisirea unor vaccinări. Orice vaccinare implică și anumite *riscuri*. Pe lîngă complicațiile postvaccinale, clinice și subclinice, binecunoscute (159) trebuie avute în vedere și anumite consecințe înde-

156) DINCĂ LEONTINA — Studiul unui vaccin antirujeolic aplicat în județul Dolj, Teză de doctorat, I.M.F.-București, 1980.
157) BARKIN R. — Measles : regaining control, *J. Amer. med. Ass.*, 1975, 231, 737.
158) BÎLBÎE VL. și colab. — Actual și perspective în imunoprofilaxia specifică a bolilor transmisibile, *Viața med.*, 1974, 6, 255.
159) VÂȚĂ ALLA, MIHU VL. — Complicațiile postvaccinale, *Viața med.*, 1974, 6, 267.

Scanned with CamScanner

părtate, prin imunizări intensive și repetate, reacții alergice tardive, care au ridicat unele probleme noi în patologia imunoprofilaxiei (160). S-au ridicat și serioase probleme etice, în legătură cu experimentarea de noi vaccinuri, mai ales pe copil, și care au fost dezbătute la conferința asupra vaccinărilor contra bolilor transmisibile de la Monte Carlo (14—17 martie, 1973).

În funcție de *balanța între eficiență și risc*, calculată pe baza unor criterii obiective și statistic semnificative, se evaluează introducerea sau menținerea fiecărei vaccinări, fie într-un program național de vaccinări, fie — în situații speciale, pentru persoane sau grupuri de persoane, expuse la riscul unei infecții.

„Beneficii și riscuri sînt asociate cu folosirea tuturor produselor (biologice) : nici un vaccin nu este complet sigur ori complet eficace. Beneficiile variază de la protecția parțială la cea completă, față de consecințele bolii, iar riscurile se înscriu de la cele comune, ușoare și efecte locale supărătoare, pînă la complicații amenințătoare de viață. De aceea, recomandările în practica imunizărilor cîntăresc evidența științifică a beneficiilor, costurilor și riscurilor, spre a obține nivelul optim de protecție împotriva bolilor infecțioase ori transmisibile“ (161).

O clasificare a vaccinurilor

Ținînd seama de eficiența vaccinurilor, de ceea ce previn ca valoare umană (boli și sechele), precum și ca valoare economică, în comparație cu riscurile fiecărei vaccinări, se poate face, în mare, o clasificare a vaccinurilor în modul următor :

1. *Vaccinuri, care constituie față de bolile transmisibile respective, măsura principală de prevenire, eficiență și decisivă și la care nu se poate renunța,* fără pericolul reizbucnirii epidemiilor, atît timp cît agentul patogen nu este exterminat de pe glob.

În această categorie, intră următoarele boli transmisibile : *difteria, tetanosul, poliomielita, rujeola, rabia, febra galbenă, tusea convulsivă* și *variola.*

Scăderea incidenței sau eradicarea acestor boli depinde exclusiv de vaccinarea specifică. Nici una dintre aceste imunizări nu este de întrevăzut să înceteze în vreo țară, atîta timp cît agenții patogeni respectivi continuă să circule și nu pot fi eliminați de pe

160) VOICULESCU M. — Vaccinuri. Punctul de vedere al clinicianului, *Viața med.*, 1974, 6, 243.

161) C. D. C. — General recommendations on Imunization, *Morbidity and Mortality, Weekly Report*, 1982, 32, 1.

Scanned with CamScanner

glob. Orice slăbire a ritmului și ponderii de vaccinări expune la reapariția epidemiilor respective. Exemple ilustrative : abandonarea vaccinării antipertussis în Anglia a fost urmată de sute de mii de cazuri de tuse convulsivă ; încetarea ori aplicarea insuficientă a vaccinării antirujeolice a condus imediat, în diferite țări, la reapariția explozivă a rujeolei.

O poziție specială în această categorie o ocupă vaccinarea antivariolică. După ce s-a obținut eradicarea variolei pe întregul glob, s-a renunțat la practicarea acestei vaccinări, singurele indicații rămînînd pentru specialiștii de laborator, care lucrează cu virus variolic sau la acei expuși la virusuri ortopox (monkeypox, virusul vaccinal și celelalte). De asemenea, unele țări continuă să vaccineze personalul militar activ (162).

Vaccinarea antirabică, cu aplicarea imediată după expunerea infectantă sau anterior, ca protecție preventivă *(pre-exposure)* constituie soluția eficace și indispensabilă în prevenirea rabiei.

2. *Vaccinuri care dețin un rol important în prevenirea bolilor infecțioase respective, dar nu decisiv.*

În această categorie intră : *febra tifoidă, tuberculoza, infecția meningococică, gripa, rubeola, oreionul, rabia.*

În această categorie, vaccinările respective se fac în funcție de o morbiditate mai mare sau în vederea realizării unui program rapid de scădere a morbidității (tuberculoza) sau în regiuni ori situații cu mari deficiențe de igienă (febra tifoidă). În cazul gripei, se preferă astăzi indicații selective, concentrate pe categoriile de persoane „cu risc" (de complicații ori de evoluție gravă) sau cu rol important în trafic și în economie. În cazul rubeolei, indicațiile se circumscriu la persoanele de sex feminin, înainte de vîrsta procreației și rămase neimunizate natural.

Vaccinarea antiurliană este indicată în condiții speciale (aglomerații de tineri, în armată). Unele țări au introdus această vaccinare pe plan național, ca obligatorie.

Vaccinarea antimeningococică s-a impus în anumite zone, în situații de mari epidemii (Africa Centrală, America de Sud).

3. *Vaccinuri care dețin doar o valoare subsidiară și de aplicabilitate circumscrisă la anumite zone pe glob,* cu igienă deficitară sau în colectivități cu condiții speciale de contagiune.

În această categorie intră : *holera, pesta, rickettsiozele, arbovirozele, gangrena gazoasă, febra Q, leptospirozele, dizenteria bacteriană.*

4. *Vaccinuri în curs de evaluare* (experimentare, stabilire de indicații și recomandări) :

162) C. D. C. — *Morbidity and Mortality,* 1982, 31, 683.

— *vaccinul contra hepatitei virale de tip B* (indicații prioritare la personalul medico-sanitar și perspective de extindere la populația din zone cu mare morbiditate de hepatită B) ;

— *vaccinul pneumococic* (cu mai multe tipuri de pneumococ), în prevenirea pneumoniilor și a altor infecții pneumococice recidivante) ;

— *vaccinul* contra infecțiilor cu Mycoplasma (?).

Din cele de mai sus, rezultă că nu toate vaccinurile pot fi privite în mod uniform. Unele, așa cum am arătat, sînt și rămîn indispensabile. Altele își găsesc locul, în funcție de mai multe orientări, alese de fiecare țară, pentru a intra într-un program de vaccinări. Altele rămîn cu indicații restrînse, de uz selectiv, iar altele se află în studiul experimental, de evaluare ca eficacitate și extindere.

Atitudini care afectează negativ aplicarea vaccinărilor

Din păcate, valoarea protectivă, incontestabilă, a vaccinărilor este afectată negativ, în practică, de unele atitudini eronate față de aplicarea acestora.

Se desprind 2 categorii de astfel de atitudini :

1. *Reticența populației.* În această categorie, se situează anumite resentimente, comoditate și teamă de vaccinări din partea populației. Sînt de combătut, în mod deosebit, acele poziții individualiste și egoiste, care pretind că s-ar afecta astfel o libertate individuală — rău înțeleasă — de a face sau nu o vaccinare, pe care colectivitatea și politica sanitară a statului o consideră indispensabilă și obligatorie pentru **securitatea colectivității.**

Comoditatea și teama de vaccinuri constituie o altă sursă în neaplicarea vaccinărilor. Și una și alta pot fi combătute eficient, printr-o educație sanitară adecvată a populației, prin care să se demonstreze, în mod științific, valoarea protectivă a vaccinărilor atît pe plan uman, cît și economic. O astfel de translație a informației științifice de la medici către populație, permite cîștigarea interesului acesteia pentru vaccinări și realizarea acelui „consimțămînt informat", despre care se vorbește atît de mult astăzi în actele medicale. Trebuie spus clar că nu există nici un medicament și nici o procedură medicală lipsite de risc. Conceptul de risc în vaccinări trebuie acceptat ca minimal, în comparație cu riscul major, de complicații, sechele, sau moarte, al bolii pe care vaccinul

Scanned with CamScanner

îl previne. În vaccinarea antirujeolică, acest risc se apreciază la 1 caz dintr-un milion de vaccinări.

Un alt aspect de atitudine negativă este poziția primitivă și absurdă a unor secte religioase de a se opune vaccinărilor, preferînd astfel de a se expune bolii sau morții, concepute ca un act natural iremediabil, fatal. Exemple tragice, în acest sens, au survenit în cîteva colectivități aparținînd unor secte religioase, din Olanda și S.U.A., unde au apărut focare de poliomielită, cu cazuri letale, ca rezultat al lipsei de imunizare antipoliomielitică.

În fine — oricît ar fi de bizar — *un alt factor al dezinteresului pentru o vaccinare este generat de chiar succesul preventiv al acesteia, prin scăderea sau dispariția bolii.* Multe persoane se întreabă atunci : pentru ce mai trebuie vaccinarea antitetanică, antidifterică, antipoliomielitică ș.a.m.d. Experiența — neiertătoare — de pînă acum, a arătat însă clar că atît timp cît, în natură, sau în populație, persistă și circulă agenții patogeni respectivi (virusuri sau bacterii), orice gol în imunizarea specifică, respectivă se plătește scump, prin reapariția sporadică, sau epidemică a bolii respective.

2. O altă sursă de *neplăceri în administrarea corectă a vaccinărilor aparține personalului medico-sanitar,* prin exagerarea unor contraindicații la vaccinări sau interpretarea greșită a dispozițiilor oficiale. Mulți medici, de acord cu familiile fricoase, au extins considerabil contraindicațiile, incluzînd în această listă cel mai banal guturai, faringită sau indispoziție a copilului. S-au extins uneori, în mod artificial și nejustificat, contraindicații de vaccinare tocmai la persoane, care ar fi avut nevoie de mai mult de o protecție prin vaccin (diabetici, renali, copii distrofici cu stare de subnutriție) și s-a exagerat prea mult cu contraindicațiile de ordin alergic.

Teama exagerată de reacții vaccinale, întreținută de medic, a dus la abțineri abuzive, mulți medici uitînd că „dacă o vaccinare, ca orice act medical, comportă o parte de risc, abținerea de la vaccinare constituie un pericol și mai mare" (163).

Contraindicațiile abuzive au avut drept urmare crearea unui număr mare de copii neprotejați prin vaccin și apariția bolii respective, fie sporadic, fie epidemic, cu toate consecințele neplăcute care decurg de aici. Este suficient ca o colectivitate de copii să rămînă nevaccinată antipoliomielitic, pentru ca să apară acolo, mai curînd ori mai tîrziu, un focar epidemic de poliomielită, cu toate caracterele clasice, clinico-epidemiologice, ale bolii.

163) THEROND C. — Les contre-indications des vaccinations et la vaccination des personnes allergiques, *Rev. Prat.*, 1968, 18, 7, 1 019.

Scanned with CamScanner

Contraindicaţiile reale sînt mult mai restrînse decît se crede. Ele sînt specificate în regulamentele oficiale din diferite ţări (164), precum şi în cel în vigoare din ţara noastră.

Vaccinările continuă să rămînă una din metodele cele mai eficace şi economic mai rentabile din profilaxia bolilor infecţioase. Indicaţiile lor sînt stabilite pe date ştiinţifice, imunologice şi pe baza aprecierilor făcute de specialiştii în medicină preventivă şi clinică. Mult timp — şi pentru unele cît timp există omenirea — ele vor fi indispensabile. Aşa cum se exprimă un autor (165) :

„Epidemiile, care erau altădată folosite pentru a fi scuzate ca acte ale puterii divine, nu mai pot fi astăzi scuzate ca rezultate ale inactivităţii omului. Pe scurt, incidenţa unor boli s-a deplasat din domeniul şansei, în domeniul alegerii noastre. Ca medici, noi nu putem evada din responsabilitatea morală, care decurge din această putere nou-cîştigată. După ce am învăţat cum apare o boală, noi înşine ne aflăm răspunzători, pentru ca aceasta să nu mai apară deloc".

66.

Zoonoze domestice şi alte probleme conexe

Dimensiunile reale ale problemei zoonozelor — ca *boli infecţioase transmise omului de la vietăţile din mediul ambiant* — nu sînt cunoscute atît de bine, cît ar trebui să fie. Specialiştii apreciază însă că, numeric, aceste boli infecţioase se cifrează la peste 150, iar altele mai continuă să fie identificate, ca : boala virală de Marburg, febra de Lassa, babesioze, yersinioze etc.

Rezervorul de microorganisme patogene, adăpostit în vietăţile din jurul omului, este enorm şi variază după zone geografice, ceea ce faţă de intensa circulaţie umană intercontinentală şi interţări de astăzi, impune să fim informaţi nu numai asupra aspectelor turistice, dar şi asupra riscurilor de infecţie, care se aşteaptă în fiecare zonă şi asupra măsurilor de protecţie.

Dar, fără să mergem atît de departe, este interesant de reţinut cît de puţin sînt informaţi nespecialiştii şi populaţia asupra riscu-

164) C. D. C. — General recommendations on immunization, *M.M.W.R.*, 1983, 32, 1, 1.

165) KARZAN D. — Immunization on public trial, *New Engl. J. Med.*, 1977, 297, 275.

Scanned with CamScanner

rilor de infecţie din partea vietăţilor, pe care omul le ţine în jurul său : *zoonozele „domestice"*. Astfel, numai de la cîine, omul poate contracta 39 de feluri de zoonoze, iar de la pisică — 22 ! Ornitozele pot fi transmise nu numai de la păsările cîntătoare şi decorative (canari, papagali), dar şi de la cele domestice (curcani etc.). Porumbeii oferă, de asemenea, acelaşi risc de a adăposti *Chlamydia*, agenţi etiologici ai ornitozelor.

Canis familiaris şi problemele lui

Cîinele, acest vechi şi credincios prieten al omului, a devenit şi mai mult astăzi un favorit al societăţii moderne, nu numai la ţară, dar şi de la oraş. Astfel, pe lîngă obiceiul — oarecum justificat — al cîinilor de pază în gospodăriile rurale, s-au adăugat pasiunea orăşenilor de a ţine cîini de diferite rase, nu numai în curte, dar şi în apartamentele din blocuri, deci în intimitatea vieţii omului. Marile oraşe din străinătate abundă de cîini. Numai în New York, se apreciază numărul lor între 700 000 şi 1 100 000 (166). O adevărată „explozie canină" ! S-a vorbit chiar de un atribut nou al societăţii actuale din S.U.A. : acela de a fi „dog-tolerant" (167). Ce rezultă însă din această convieţuire, atît de apropiată a omului cu cîinele ?

În primul rînd, riscul contractării unor *zoonoze*. În afară de rabie, un risc eliminat aproape total, în prezent, în mediul urban există însă celelalte infecţii şi infestări posibile de la cîine : *leptospiroza, salmoneloze, pasteureloze, hidatidoza*, infestarea cu *Toxocara canis* şi alte helmintiaze canine.

Infestarea cu ouă de *Toxacara canis* poate duce la complicaţii nervoase şi chiar la orbire (prin endoftalmită) (167). O cercetare recentă făcută în Anglia, pe 800 de probe de sol, recoltate din parcurile publice din oraşe, a arătat că 1/4 din acestea conţineau ouă de *Toxocara canis* şi de *Toxocara cati* (168). Printre copiii preşcolari, care frecventau aceste parcuri, 4,1% aveau teste cutanate pozitive pentru *Toxocara canis*.

O altă consecinţă a creşterii populaţiei canine în oraşe a constat în creşterea numărului de plăgi prin muşcături de cîine.

Astfel, în New York, în anul 1972, s-au înregistrat 40 000 muşcături de cîine (483 la 100 000 locuitori), în creştere cu 37%

166) HARRIS D. şi colab. — Dog bites, an unrecognized epidemic, *Bull. N. Y. Acad. Med.*, 1974, 50, 981.
167) * * * — Canis familiaris, *New Engl. J. Med.*, 1974, 290, 1 378.
168) BORG A., WOODRUFF W. — Prevalence of infective ova of Toxocara species in public places, *Brit. Med. J.*, 1973, 4, 470.

Scanned with CamScanner

față de anul 1965 (166), ceea ce este enorm ca patologie ! În 70% din cazuri, plăgile au fost la extremități, dar la copiii mici au fost și la față. Dintre cei mușcați, 41% au fost copii sub 10 ani (166). Uneori, plăgile sînt profunde, desfigurante. Consecințele acestei patologii de origine canină sînt ușor de înțeles, atît pe plan de sănătate, cît și ca pierderi pe plan economic (timp pierdut pentru îngrijire, costul asistenței medicale).

Cercetătorii, care au studiat în New York „epidemia" de mușcături de cîine, au mai constatat tendința populației, în ultimii ani, de a prefera achiziționarea de cîini agresivi (cîini ciobănești, buldogi), în loc de rase terrier și altele de acest gen. Autorii interpretează această tendință, ca exprimînd nesiguranța vieții, în acest oraș, și necesitatea de a se proteja cu cîini mai puternici și mai agresivi (166). Desigur, această tendință nu poate decît să accentueze frecvența mușcăturilor în orașul respectiv.

În general, toate orașele din Europa suferă de excesul de cîini. Astfel, în București, numărul de persoane cu plăgi prin mușcături de animale prezentate la spital pentru tratament a variat între 3 468—3 760 pe an (dintre care peste 90% produse de către cîini).

În orașe, cîinii apar din ce în ce mai mult în postura de animale, care poluează viața localităților : fac zgomot, contribuie la stressul oamenilor, favorizează accidente de trafic și nu rareori atacă oameni fără de apărare.

Economic, cîinele apare de asemenea indezirabil fiind considerat ca un consumator de alimente, nefolositor societății.

Pe *plan moral,* se reproșează, în mod justificat, societății de consum din țările capitaliste, abuzul în întreținerea și cultivarea cîinilor în orașe, în detrimentul preocupărilor de ajutorare a oamenilor subnutriți și în special a copiilor din țările în curs de dezvoltare. „Keep a dog and starve a child" (ține un cîine și înfometează un copil) (167) constituie expresia consacrată, cu care se stigmatizează această atitudine de maximum de egoism și minimum de umanism (sau inexistent).

În fine, un mare neajuns, creat de cîinii citadini este cel pe plan igienic, prin excrementele, cu care aceștia poluează străzile. Agenția pentru protecția mediului înconjurător din New York a estimat că anual 20 000 de tone de excremente canine sînt eliminate pe străzi de cîinii acestui oraș (167). Riscurile pentru sănătatea oamenilor și costul considerabil al curățirii străzilor și transportul acestor mii de vagoane de excremente se înțeleg de la sine.

Ținînd seama de serioasele aspecte negative semnalate, generate de populația citadină de cîini în creștere, este evident că toate

Scanned with CamScanner

acestea au devenit o problemă de sănătate publică. Rezolvarea va fi însă una din cele mai dificilă, ținînd seama și de aspectele sentimentale ale problemei, privind nu numai grija pentru protecția acestor animale, dar și acest vechi „hobby" al omului prin creșterea cîinilor. O informare cît mai largă și mai documentată a populației pare să fie calea cea mai potrivită pentru contribuția tuturor la rezolvarea acestei probleme. În prezent, pare justificat că vechiul aforism „cîinele, cel mai bun prieten al omului" să fie înlocuit cu altul „omul, cel mai bun prieten al cîinelui" (169).

Pisica, o altă sursă de zoonoze

Ca și cîinele, pisica poate transmite omului variate zoonoze, ca : pasteureloza, toxoplasmoza, boala zgîrieturii de pisică, diferite verminoze etc.

O infecție frecventă, transmisă la om prin mușcăturile de pisică, — și insuficient cunoscută — este aceea cu *Pasteurella multocida*. Acest microorganism gramnegativ se află în saliva pisicilor la 50—90% dintre acestea (170). Într-o cercetare făcută de noi privind *microbiologia plăgilor produse numai prin mușcătura de pisică* la persoanele prezentate la Spitalul clinic de boli infecțioase Colentina, am izolat *Pasteurella multocida* în 65,5% din plăgile cercetate (171). Infecțiile umane cu acest germen prezintă variate tablouri clinice : limfangite și flegmoane, cu punct de plecare plaga infectată, septicemii și localizări în diferite organe (meningite, endocardite, pneumonii, pleurezii, abcese cerebrale). *Pasteurella multocida* este sensibilă la penicilină (caracter deosebit pentru un microorganism gramnegativ), precum și la eritromicină, tetraciclină, ampicilină, cloramfenicol (171)(172). În țara noastră, au mai fost publicate cazuri de infecție cu *P. multocida* de către Ionescu D. (173), Rusu V. și colab. și Bocârnea C. și colab. (174).

169) FITTE G. — Canine Zoonozes, *J. Amer. med. Ass.*, 1975, 231, 497.
170) MOLLARET H., BOURDIN M. — Les principales maladies infectieuses transmises en France à l'Homme par les animaux familièrs. *Méd. et Mal. Inf.*, 1971, 1, 147.
171) VOICULESCU M., PĂUN L., ROMAN AURELIA, MERMEZAN ELENA, REBEDEA ILEANA, BURCEA HELGA — Pasteureloze la om prin plăgi produse de mușcături de animale domestice, *Viața med.*, 1977, 12.
172) RUSU V. și colab. — Infecții umane cu Pasteurella în urma mușcăturii de pisică, *Rev. St. Med.*, 1947, 36, 125.
173) IONESCU D. — Bacteriemii cu Pasteurella în urma mușcăturii de pisică, *Rev. St. Med.*, 1947, 36, 125.
174) BOCÂRNEA C., VOICULESCU GEORGETA — Infecție de P. multocida cu bacteriemie după mușcătura de pisică. *Viața med.*, 1974, 5, 5 205.

Scanned with CamScanner

Pisicile deţin un rol important şi în epidemiologia toxoplasmozei, rol care a fost elucidat recent. Pisicile se infestează mîncînd şoareci sau păsări infestate cu *Toxoplasma gondii.* Acest protozoar se multiplică în stratul epitelial al intestinului pisicii, de unde este eliminat sub formă de oocist, prin fecalele acesteia. Omul se infestează prin contact direct cu fecalele, conţinînd oocisturi, ale pisicii (de ex., lucrînd în grădină) sau prin simplul contact cu pisica infestată. Este important deci de cunoscut această cale de infestare, pentru a o evita. Ţinînd seama că transmiterea congenitală a toxoplasmozei se realizează numai dacă femeia se infestează în cursul sarcinii (nu înainte), este deci important ca gravidele să evite orice contact cu pisicile, pentru a se feri de eventualitatea gravă a unei toxoplasmoze congenitale (175).

Există, desigur, şi alte zoonoze, transmise omului de la vietăţile domestice, din jurul său. Astfel, variate specii de păsări (papagali, canari, porumbei, curcani) pot infecta omul cu *Chlamydia psittaci,* determinînd o *ornitoză* care poate recidiva ori poate fi uneori destul de severă. Tot astfel, pot fi amintite: *leptospiroza* transmisă de la porcine, *bruceloza* de la bovine, *erizipeloidul Rosenbach* de la porcine şi de la alte animale, precum şi alte zoonoze transmise omului de la animalele domestice. Dar, în timp ce contactul cu aceste animale este mai curînd întîmplător sau alteori are un caracter profesional, zoonozele transmise de cîine şi pisică, animale aflate într-un contact mai strîns, familial, cu omul, oferă riscuri mai frecvente de infecţie, care cu atît mai mult, trebuie bine cunoscute, împreună cu celelalte neajunsuri şi neplăceri amintite.

67.

Insecte şi insecticide: vechi probleme şi noi soluţii

Vasta lume a insectelor, cu cele peste 900 000 de specii, cuprinse în clasificarea entomologică, şi altele cîteva mii de specii noi, care se adaugă anual (176), a reprezentat totdeauna,

175) MAHMOUD A., WARREN K. — Toxoplasmosis, *J. infect. Dis.*, 1977, 493.

176) SĂNDESCU IONELA, DUPORT MARIA — Tendinţe actuale şi orientări în combaterea insectelor vectoare şi generatoare de disconfort, *Microbiologia (Buc.)*, 1973, 18, 6, 489.

Scanned with CamScanner

pentru om și mediul său ambiant, o problemă nu numai tulburătoare, dar în multe privințe plină și de grave amenințări pentru sănătatea și viața sa. Este suficient să amintim că, în imensa clasă a insectelor (parte componentă din artropode), se cuprind numeroase ordine, familii și specii de mare importanță pentru om, dintre care unele sînt renumite prin reputația lor. Astfel, în ordinul *Diptera*, se cuprind familii, ca : *Psychodidae, Culicidae, Simulidae, Muscidae, Tabanidae* etc., cu numeroase genuri și specii, bine cunoscute pentru importanța lor medicală. Tot atît de importante, sînt : ordinul *Anoplura (Syphunculata,* cuprinzînd variate specii de păduchi), ordinul *Siphonaptera* (puricii), *Hemiptera* (ploșnița), *Ortoptera, Coleoptera* etc.

Desigur, nu pot fi ignorate și marea utilitate a altor specii de insecte. Sînt bine cunoscute variatele funcții cu caracter pozitiv, pe care le îndeplinesc în natură numeroase specii de insecte, de mare importanță ecologică și cu implicații folositoare omului.

În cele ce urmează, ne vom referi însă numai la acele insecte, a căror *prezență și activitate este dăunătoare pentru sănătatea omului,* fie *în mod direct* (vectori ai unor agenți patogeni), fie *în mod indirect* (activități dăunătoare în agricultură, silvicultură și zootehnie, afectînd astfel hrana și sănătatea oamenilor).

Faptul cel mai grav rezidă, desigur, în primul rînd, în *transmiterea la om a unor grave boli microbiene sau parazitare,* ca : encefalitele virale, febra galbenă, febra denga, malaria, leishmanioza, pesta, tifosul, tripanosomiaza, filariaza etc. Nu pot fi subestimate însă și acele activități ale insectelor creatoare de disconfort și de suferințe sîcîitoare, prin care acestea împiedică sau jenează munca și odihna oamenilor sau creează o patologie cutanată supărătoare, cum sînt invaziile de culicide în orașe etc. (177).

Trăind cu aceste variate și multiple riscuri, generate de lumea insectelor, omenirea s-a apărat în decursul istoriei sale cu variate mijloace de apărare, de la cele mai simple (mecanice) pînă la cele actuale, ca substanțele respingătoare de insecte *(repellents),* variate insecticide, precum și alte mijloace mai rafinate, care au apărut în ultimii ani.

Succesele și insuccesele obținute pînă acum se discută și se evaluează, fără însă să se fi găsit încă soluțiile ideale. Trebuie să se țină seama că, în această luptă a omului cu insectele dăunătoare, sînt implicați mulți factori din mediul înconjurător, dintre care nu trebuie neglijat comportamentul uman, precum și unele obiceiuri, aspecte psihologice și deficiențe de sanitație și igienă,

177) DĂNCESCU P. — Cîteva aspecte ale invaziei de culicide în capitală, *Viața med.*, 1976, 23, 7, 199.

Scanned with CamScanner

care trenează de secole. De aceea, orientarea actuală a luptei împotriva insectelor dăunătoare se dezvoltă în sensul unor programe integrate de combatere, compuse din mai multe măsuri cu caracter variat și strîns corelate, cu o cunoaștere perfectă a condițiilor ecologice, în care fiecare specie dintre insecte se dezvoltă.

Impasul actual și insecticidele

Un exemplu de insucces, printr-o combatere unilaterală îl constituie impasul actual în care se află utilizarea insecticidelor. La apariția acestora, acum circa 35 de ani, prin introducerea produsului D.D.T., insecticidele au apărut ca un mijloc de combatere triumfal, ca un adevărat panaceu, în lupta împotriva insectelor. După cum se știe, însă, treptat, *numeroase specii de insecte au devenit rezistente față de D.D.T., ca și față de alte insecticide,* aruncate în luptă, încît, pînă în 1947, se numărau 108 specii, importante pentru sănătatea publică, devenite rezistente față de D.D.T., iar unele și față de toate insecticidele cunoscute (178). Înlocuirea unui insecticid, față de care s-a dezvoltat rezistența, cu un altul, cu o structură chimică deosebită, nu s-a dovedit o soluție eficace și nici simplă, ținînd seama de dezvoltarea unei noi rezistențe, precum și de riscurile toxicității fiecărui nou produs chimic introdus, ca și de prețul de cost, din ce în ce mai ridicat.

Folosirea insecticidelor a devenit astfel un exemplu de muncă de Sisif. Consecințele sînt grave. Astfel, în combaterea paludismului, prin folosirea unilaterală a insecticidelor împotriva țînțarilor s-a înregistrat un regres, morbiditatea paludică situîndu-se la un nivel ridicat, iar în unele zone geografice (India, Turcia), fiind în netă creștere. Populațiile de *Musca domestica* din Japonia și din unele zone din S.U.A. au devenit rezistente la toate grupele principale de insecticide cunoscute : D.D.T. și analogii respectivi, Dieldrin sau derivații cicloidieni și gamma-HCH, produșii organofosforici și carbamați (176).

Eșecurile profilactice rezultă din dezvoltarea rezistenței la insecticide, din partea a numeroase specii de insecte și sînt considerate, în mod justificat, de forul superior al sănătății pe plan mondial O.M.S. ca „noi amenințări pentru sănătatea lumii".

Dar rezistența la insecticide constituie numai una din consecințele rezultate prin folosirea insecticidelor. Un alt efect, cu con-

178) * * * — Difficultés dans la lutte contre les insectes vecteurs de maladies. *Communiqué O.M.S.*, 38, 16.X.1974.

Scanned with CamScanner

secinţe incalculabile, este acela de poluare a mediului înconjurător, cu *perturbări în biocenoză,* prin insecticidele organoclorurate de tip D.D.T. şi derivaţi, caracterizate printr-o mare remanenţă (cantitatea de D.D.T., aplicată pe sol scade în decurs de 10 ani numai cu 10%). Efectele negative se datoresc mai ales contaminării cursurilor de apă (cu diminuarea populaţiei piscicole), afectarea unor specii de păsări, fitotoxicităţii, precum şi intrării insecticidului D.D.T. în circuitul alimentar, cu posibile efecte metabolice şi toxice asupra organismului uman (problemă care rămîne deschisă). Din aceste motive, numeroase ţări au interzis folosirea insecticidelor organoclorurate de tip D.D.T., iar alte ţări le-au limitat folosirea, reducîndu-le numai la pulverizări interioare (în locuinţe) împotriva ţînţarilor, puricilor şi păduchilor.

Tendinţa actuală constă deci în abordarea treptată sau reducerea insecticidelor organoclorurate şi utilizarea *compuşilor organofosforici* şi a *carbamaţilor,* care au un grad mai rapid de biodegradabilitate în natură, cum sînt : *malathion, paration, proxopur, dipterax, diazinon* etc. Aceste insecticide sînt însă mai scumpe, dezavantaj economic care a devenit şi mai mare, ţinînd seama că insecticidele sînt derivate ale produselor petroliere, al căror preţ a crescut vertiginos în ultimii ani. Pe de altă parte, alternativa cu noi insecticide nu elimină riscul apariţiei de noi rezistenţe din partea insectelor, cu selectarea ulterioară a unor populaţii de insecte insensibile şi faţă de aceste noi insecticide.

Acuzate de „păcatul capital" al poluării, insecticidele nu mai reprezintă astăzi soluţia ideală în lupta contra insectelor, care a fost reconsiderată şi aşezată pe o bază mai largă.

Mijloace biologice

Lupta cu mijloace biologice (variate microorganisme) în combaterea insectelor este veche. Încă din 1838, Bassi a sugerat folosirea unor microorganisme în combaterea insectelor nocive (179) şi diferite încercări s-au făcut ulterior cu ciuperci şi bacterii, împotriva gărgăriţelor şi lăcustelor. Folosirea peştelui larvivor *Gambusia holbrooki,* în combaterea anofelilor, datează dinaintea descoperirii insecticidelor chimice. Cercetări intensive de laborator, efectuate în actualul secol, au condus la identificarea a 1 100 de agenţi patogeni pentru insecte : virusuri, bacterii, rickettsii, ciuperci şi protozoare.

179) ENESCU ALEXANDRA — Bacillus thuringiensis în combaterea biologică a insectelor, *Bacteriologia (Buc.),* 1974, 19, 2, 97.

Scanned with CamScanner

O soluție interesantă o prezintă virusurile. Comitetul mixt F.A.O./O.M.S., în reuniuni recente, a recomandat producția de *entomovirusuri*, în lupta împotriva insectelor, atît pentru sectorul agricol și forestier, cît și în scop strict medical (180). În S.U.A., s-au produs în acest scop, cel puțin 5 virusuri, în scop comercial sau experimental. Dintre virusurile insectelor, *polyhedroza nucleară* și virusul *granulosis* par în special adecvate ca agenți de control biologic, datorită eficacității și securității pe care le oferă.

Se pune problema unor riscuri posibile, pe care le oferă diseminarea, în mod deliberat, de entomovirusuri, în natură, și care trebuie evaluate prin experiențe largi și extinse la cîțiva ani. Un risc important este acela al *infecției omului*, în special a vertebratelor (efect infecțios), la care se adaugă, pentru om, și alte riscuri posibile : *teratogenicitate, oncogenicitate, sensibilizare*. Nu sînt excluse și recombinări genetice între entomovirusuri și virusuri umane. Perturbări *biogenozice eventuale*, prin contaminarea cu virusuri a solului, apelor, peștilor, a produselor agricole, trebuie de asemenea avute în vedere.

Dintre bacteriile patogene pentru insecte, s-a impus o bacterie cristalogenă, *Bacillus thuringiensis*, care a devenit primul insecticid microbian comercializat și aplicat în practică (179). Bacilul este activ față de larvele a 130 de specii de insecte, determinînd prin intermediul unei proteine toxice, o toxiinfecție foarte gravă la formele preimaginale de insecte.

Un alt exemplu îl constituie utilizarea ciupercii unicelulare *Coelomomyces stegomyae* în combaterea țînțarului *Aedes polynesiensis* dintr-o insulă din Pacificul de Vest.

Folosirea insecticidelor microbiene se întrevede tot mai sporită, intrînd în cadrul programelor de „luptă integrată" contra insectelor dăunătoare.

Metode de luptă genetică și alte metode

Metodele genetice urmăresc reducerea potențialului de reproducere a insectelor vectoare, prin alterarea sau suprimarea materialului ereditar și determinînd astfel sterilitatea acestora. Dintre mecanismele recomandate, citățm : încrucișări incompatibile, în cadrul unei specii ; încrucișări, care conduc la hibrizi (descendenți) sterili ; lansarea în zone de masculi sterili (iradiații cu raze roentgen sau gamma) sau sterilizați prin substanțe chimice ; introducerea în populația insectelor de combătut a unor caractere genetice defavorabile (selectate prin creșteri consanguine) (176).

180) VEYLON R. — Les virus, relais des insecticides, *Nouvelle Presse méd.*, 1974, 3, 37, 2 427.

Scanned with CamScanner

O altă metodă constă din atragerea insectelor către un agent sterilizant, metodă de „autodistrugere", folosită cu succes în eradicarea muștei *Cochiliomya hominivorax* din insula Curaçao (176).

La aceste metode, se adaugă și altele, unele mai noi, altele mai vechi și binecunoscute, ca :

— folosirea de *hormoni juvenili* (substanțe secretate de unele glande ale insectelor), care aplicate în cursul metamorfozei, împiedică dezvoltarea și maturarea insectelor (se pot folosi și hormoni sintetici, foarte activi și ieftini de produs) ;

— folosirea de secreții elaborate de unele insecte („feromone", „exohormoni"), care au efecte nocive asupra altor insecte ;

— folosirea de variate capcane și substanțe active pentru insecte ;

— asanări, drenări, igienă în gospodărie ;

— măsuri mecanice de protecție etc.

Mentalități și obiceiuri favorabile unor insecte

Există unele insecte, a căror existență este strîns legată de trăirea lor pe om și care s-au menținut, ca ectoparaziți, din cauza unor obiceiuri și mentalități umane, favorabile multiplicării și răspîndirii lor. Un astfel de exemplu, sînt pediculidele, reprezentate prin *Pediculus humanis corporis* (păduchele de corp) și *P. humanus capitis* (păduchele de cap). Se știe că această insectă, dacă nu este hrănită cu sînge de om, moare în maximum 10 zile. Depinde deci numai de om, pentru a-i curma sau nu existența, în mod definitiv. Cu toate acestea, de-a lungul secolelor, numeroși oameni au continuat să poarte aceste insecte tolerîndu-le existența și multiplicarea, fie sub îmbrăcămintea cea mai simplă, fie sub perucile și vestmintele nobililor. Mai mult, profitînd de situații anormale, cum au fost sumbrele perioade de război, deficitare în igienă și abundente în brutalități, pediculidele omului s-au multiplicat considerabil, generînd gravele și temutele epidemii de tifos și de febră recurentă. Uneori, aceste insecte, vectoare ale unor flagele atît de distructive, au putut să influențeze evenimente istorice, ceea ce i-a făcut pe unii autori să folosească titluri sugestive ale unor lucrări privind : boli infecțioase transmise prin insecte ca vectori (181)(182).

Scanned with CamScanner

Mai mult, pediculidele au ajuns să fie evocate în literatură și în artă. Amintim aici o cunoscută poezie a lui Arthur Rimbaud : „Les chercheuses de poux", în care se spune cum aceste „căutătoare de păduchi" :

„...avec leurs doigts électriques et doux
Font crépiter, parmi ses grises indolences
Sous leurs ongles royaux, la mort de petits poux".

Sau sonetul lui Anton Maria Narducci din Ravena (scris în 1623) : „Bella piddochiosa" („Frumoasa păduchioasă"), dedicat logodnicei sale și din care citãm cîteva versuri :

„Sembran ferre d'avorio in bosco d'ore
Les fere errante, onde si ricca siete"...

(Ca niște jivine de ivor într-o pădure de aur, fiarele rătăcitoare, în care ești atît de bogată)...

Sau în artă, tabloul lui Murillo, intitulat „Căutătorul de păduchi".

Sau în muzică, „Balada puricelui" de Mussorgski, la cîrciuma lui Auerbach (din „Faust" de Goethe).

Sînt numai cîteva exemple, din mai multe care se pot da.

Am făcut această scurtă incursiune, extrabiologică, pentru a ilustra că, în răspunsul uman față de acești ectoparaziți, de-a lungul secolelor, intervin anumiți factori psiho-sociologici și de comportament, care explică persistența tenace a acestor insecte hematofage ale omului și, pe de altă parte, demonstrează necesitatea combaterii lor pe un plan mult mai complex, decît cel pur tehnic.

Se pare că acești factori prielnici nu au dispărut nici astăzi. Astfel, prin purtarea părului excesiv de lung și de bărbi stufoase de către unii tineri, concomitent cu lipsa de igienă (așa-zișii „hippies"), s-a produs o creștere a pediculozei în unele țări europene, ca Anglia, R. F. Germania și Scandinavia. După revistele medicale (183), se apreciază că în Anglia există 1 000 000 de cazuri de pediculoză, iar în Hamburg și Berlin, numărul celor cu păduchi a crescut în ultimii ani de 5—10 ori. De asemenea, în S.U.A. Norius și Ackerman, doi experți, apreciau, în 1973, peste 2 000 000 de cazuri de pediculoză, o creștere importantă în ultimii 10 ani (184).

Pediculoza continuă să fie deci o problemă actuală și internațională.

181) ZINSSER H. — Rats, Lice and History, 1935, New York.
182) BOUSVINE J. R. — Insects, Hygiène and History, Athlone-Press, 1976, Londra.
183) * * * — Louse control, *Lancet*, 1974, *I*, 884.
184) * * * — Spread of human lice worries experts, *J. Amer. med. Ass.*, 1973, 226, 21.

Scanned with CamScanner

Sistemul internațional de unități (S.I.)

În săptămînalul *Muncitorul sanitar*, a apărut, în 1980, o suită de articole privind „Sistemul Internațional de Unități" (prescurtat S.I.) și introducerea lui în țara noastră. Se atrăgea astfel atenția asupra acestei importante acțiuni, care — prin complexitatea ei — afectează și medicina (185). De asemenea, una din revistele noastre medicale a publicat, în 1977, un articol privind aplicarea acestui sistem în medicină, cu referire specială la unitățile S.I. în fiziologia clinică respiratorie (186). Nu cunoaștem alte articole consacrate asupra acestei probleme în presa noastră medicală. Or, după cum se arată în articolele apărute în *Muncitorul Sanitar*, utilizarea „Sistemului Internațional de Unități" devine obligatorie în țara noastră, de la 1 ianuarie 1981, ca singurul sistem de unități de măsură", urmînd ca o serie de unități de măsură tolerate pînă la această dată să nu mai fie folosite (185). Menționăm că țara noastră a adoptat acest sistem prin H.C.M. nr. 550/1961, ca singurul sistem de unități de măsură legal și obligatoriu în R. S. România, iar reglementarea utilizării unităților S.I. s-a stabilit prin legea nr. 27/1978 asupra metodologiei (185).

Numeroase alte țări (peste 120) au aderat la „Sistemul Internațional de Unități". Astfel, în Franța, acest sistem a devenit obligatoriu la 23 decembrie 1975 (187) ; Anglia a încheiat adaptarea noilor unități S.I. în medicină în toamna 1975 (188), R. F. Germania în 1978, Cehoslovacia și R. D. Germană în 1979, R. P. Ungaria și Italia în 1980 ș.a.m.d.

Recunoscînd importantele avantaje ale adoptării în toate țările a acestui sistem de unități de măsură, nu pot fi trecute cu vederea unele implicații și dificultăți, în legătură cu utilizarea S.I. în diferite domenii ale activității umane, dintre care în mod deosebit sînt importante pentru noi cele care privesc aplicarea în medicină. După cum se recunoaște, în mod unanim, introducerea unităților

185) MOFLIC FELICIA — Introducerea sistemului internațional al unităților de măsură (I și II), *Muncitorul Sanitar*, 12 și 19, apr. 1980.
186) TECULESCU D. — Noi unități de măsură în medicină : Sistemul internațional de unități. *Viața med.*, *24*, 1977, 9, 425.
187) MONOD-BROCA PH. — À propos du système international d'unités (S.I.), *Nouvelle Presse méd.*, 1979, 8, 2 363.
188) BARON N. D. — SI Units, *Brit. Med. J.*, 1974, 4, 509.

Scanned with CamScanner

S.I. reprezintă o acţiune complexă şi de durată, care necesită o pregătire specială, constînd din variate măsuri, ca : programe educative, articole şi broşuri lămuritoare, publicarea de programe şi de scale de conversiune a vechilor unităţi în unităţile S.I. etc.

Actualitatea şi importanţa introducerii noilor unităţi de măsură, în practica medicală, solicită în mod justificat atenţia şi preocupările noastre.

O necesitate istorică

O imensă diversitate a existat şi mai persistă pe alocuri în lume, în privinţa unităţilor de măsură (yarzi, mile, verste, acri, pogoane, stînjeni, coţi, galoane, uncii, pfunzi, baniţe, vedre, saci etc.), fiind utilizate de-a lungul secolelor în diferite ţări ca unităţi de măsură tradiţionale, dar care au îngreuiat considerabil schimburile comerciale şi comunicările interumane. Tradiţii multiseculare existente în diferite ţări au împiedicat pînă acum introducerea unor unităţi de măsură uniforme pe plan mondial.

Un exemplu edificator este reprezentat de sistemul metric şi de dificultăţile generalizării lui. Fondat în timpul Revoluţiei Franceze, *sistemul metric* a fost votat în 1799 de Constituantă (la iniţiativa lui Talleyrand), dar numai în 1840 a devenit obligatoriu în Franţa, întîrziere determinată de o opoziţie persistentă faţă de noile unităţi (187). Ulterior, în mod treptat, sistemul metric a fost adoptat de aproape toate ţările din lume. Chiar şi o ţară foarte conservatoare ca Anglia a adoptat, în ultimii ani, sistemul metric în medicină, renunţînd la vechile măsuri „imperiale" (care mai persistă în comerţ) (188). Foarte lent, se introduce sistemul metric în S.U.A. (189)(190), fiind deocamdată utilizat în mod curent în revistele medicale (190).

Generalizarea sistemului metric a oferit imense avantaje, în primul rînd în ştiinţă (unde a fost introdus fără excepţie), ulterior trecîndu-se şi la folosirea altor unităţi de măsură ca sistem *c-g-s* (centimetri, gram, secundă). În 1875, s-a semnat de mai multe ţări „Convenţia Metrului" (la care şi ţara noastră a aderat în 1883), înfiinţîndu-se tot atunci „Biroul Internaţional de Măsuri şi Greutăţi", cu sediul la Sèvres (Franţa). În 1901, s-a apreciat ca mai utilă introducerea kilogramului şi metrului, ca unităţi de bază (în

189) DE JONG H. R. — Metric mystique, *J. Amer. med. Ass.*, 1978, 239, 644.

190) INGELFINGER F. J. — Metrication on the crawl, *New Engl. J. Med.*, 1975, 290, 806.

Scanned with CamScanner

loc de gram și centimetru), iar ulterior s-au conturat și alte sisteme de unități de măsură.

Față de dificultățile create de varietatea sistemelor de unități de măsură, în 1960, Conferința Generală de Măsuri și Greutăți a aprobat un nou sistem metric, revizuit și extins : „Sistemul Internațional de Unități" (prescurtat S.I.).

La acest nou sistem de măsuri, au aderat toate țările membre ale conferinței și se speră că în cîțiva ani toate țările de pe glob vor deveni „metrice".

Sistemul Internațional de Unități : prezentare și avantaje

În prezent, acest sistem, cu nomenclatura respectivă, reprezintă limbajul internațional acceptat pentru măsuri în știință și în industrie.

Sistemul Internațional de Unități se bazează pe următoarele unități de bază, care definesc, fiecare, anumite cantități fizice, denumite în modul următor (cu prescurtările respective) :

— pentru lungime, *metrul* (m) ;
— pentru masă, *kilogramul* (kg) ;
— pentru timp, *secunda* (s) ;
— pentru curentul electric, *amperul* (A) ;
— pentru temperatură (termodinamică), *kelvinul* (K) ;
— pentru intensitatea luminoasă, *candela* (cd) ;
— pentru cantitatea de substanță, *mol* (mol).

Prescurtările (simbolurile) nu se schimbă la plural.

Multiplii decimali ai acestor unități sînt formați cu prefixe și se prezintă astfel : *deca* (da) = 10^1 ; *hecto* (h) = 10^2 ; *kilo* (k) = 10^3 ; *mega* (M) = 10^6 ; *giga* (G) = 10^9 ; *tera* (T) = 10^{12}.

Submultiplii se formează cu : *deci* (d) = 10^{-1} ; *centi* (c) = 10^{-2} ; *mili* (m) = 10^{-3} ; *micro* (μ) = 10^{-6} ; *nano* (n) = 10^{-9} ; *pico* (p) = 10^{-12} ; *femoto* (f) = 10^{-15} ; *atto* (a) = 10^{-18}.

Exemplu : dimensiunile virusurilor nu se mai dau în milimicroni, ci în nanometri (nm).

În afara unităților de bază, există unități S.I. derivate, care se obțin prin derivația unităților de bază. Există astfel, o nouă unitate pentru forță : *newton* (N), care este forța care imprimă unei mase de un kg o accelerație de un metru pe secundă la pătrat (1 N = (1 kg ms^{-2}). Pentru presiune, s-a format o nouă unitate de măsură denumită *pascal* (Pa), care este presiunea exercitată de un newton pe o arie de un metru pătrat (1 Pa = 1 N m^2), unitate cu aplicații

Scanned with CamScanner

în medicină (măsurarea tensiunii arteriale). Unitatea de măsură pentru energie este denumită *joul*; pentru forța electromotrice — *volt* (V); pentru cantitatea de electricitate — *coulomb* (C); pentru volum — metru cub (m^3); pentru putere — *watt* (W); pentru frecvență — *hertz* (Hz) etc.

Observații. În aplicarea acestor noi unități de măsură, s-au admis excepțări, permițîndu-se, în continuare, utilizarea unor unități cunoscute și intrate în uzul practic. Astfel, unitatea de bază pentru volum rămîne, *metrul cub* (m^3), dar fiind prea mare pentru aplicările uzuale, se recomandă a se folosi *litrul* (l), împreună cu submultiplii lui.

Pentru măsurarea temperaturii, intervalele de temperatură în *kelvini* sînt identice cu gradele Celsius. Deoarece însă scala temperaturii cu kelvini începe de la zero absolut (—273,16°C), se preferă utilizarea în continuare, în medicină, a gradelor Celsius (evitîndu-se numai denumirea de „centigrade").

Concentrațiile pentru diferite substanțe se dau în *milimoli* sau *micromoli*, numai dacă acestea au o greutate moleculară cunoscută. Pentru acele substanțe cu greutate moleculară necunoscută și pentru amestecuri (cum sînt constituenți ai sîngelui și urinei, mai ales proteine și lipide), concentrațiile se vor exprima în continuare în grame sau miligrame la *litru* (nu la 100 ml).

Este de reținut deci că în unitățiile S.I., concentrațiile se exprimă la litru (‰), renunțîndu-se la sistemul de pînă acum, cu exprimări la % (100 ml).

Avantajele utilizării și generalizării unităților S.I. sînt importante:

— se utilizează același limbaj pentru măsurători în toată lumea, în știință și în industrie, suprimîndu-se orice erori și confuzii:

— rezultatele examenelor de laborator devin comparabile, oricare ar fi laboratorul executant (191);

— substanțele dozate în lichidele biologice fiind legate între ele prin reacții chimice, procese metabolice și mecanisme fizico-chimice, numai exprimarea cantității lor în sistemul molar permite de a sesiza aceste relații (191).

Aplicații în medicină și probleme care se ridică

Trecerea la unitățile S.I. a început — se face în toată lumea — este deci inexorabilă. În țara noastră, unitățile S.I. au devenit obligatorii de la 1.I.1981. În școli, se predă de mai mulți

191) DAUCHY F. — Le mole : nouvelle unité internationale, *Gazette Méd. de France*, 1979, 85, 6, 585.

Scanned with CamScanner

ani confom unităţilor S.I., actualele serii de studenţi fiind deja familiarizate cu aceste unităţi.

În medicina clinică, în practica medicală, în presa medicală şi în relaţiile cu bolnavii se ridică însă unele dificultăţi, mai ales în perioada de tranziţie de la vechiul sistem la noul sistem. Astfel, trebuie cîştigată deprinderea conversiunii vechilor date din articolele ştiinţifice anterior publicate cu noile date. Trebuie considerat timpul cheltuit cu aceste operaţii şi cu familiarizarea medicilor cu noile unităţi. Într-o fază de tranziţie, există apoi teama de erori posibile, în defavoarea bolnavilor. Se constată şi o lipsă de convingere a unor medici asupra avantajelor şi necesităţii utilizării noilor unităţi, după cum rezultă din discuţiile publicate în presa medicală în diferite ţări (187)(189)(190)(192).

Sistemul molar este justificat de faptul că activitatea fiziologică şi farmacologică a unei substanţe este *normal proporţională cu concentraţia moleculelor sau a ionilor prezenţi* şi nu cu concentraţia masei, folosirea unităţilor mol exprimînd astfel concentraţia în termeni biologici relevanţi (188). În acest mod, o serie de valori normale a unor substanţe din sînge (şi din alte lichide biologice) se vor reda în unităţi mol la litru. Dăm cîteva exemple de *valori normale în sînge,* în unităţi convenţionale (vechi) şi în unităţi mol (noi) :

— *glucoza* (à jeun) 70—110 mg% sau 4—6 mmol/l (milimoli la litru) ;
— ureea 20—50 mg% sau 3,4—8,3 mmol/l ;
— calciul 8,5—10,5 mg% sau 2,1—2,6 mmol/l ;
— creatinină serică 0,6—1,4 mg% sau 60—120 mmol/l ;
— acidul uric 3—7 mg% sau 0,18—0,42 mmol/l ;
— bilirubina 0,2 mg% sau 3—17 mmol/l ;
— colesterolul 150—270 mg% sau 3,9—7 mmol/l etc.

Desigur, pentru obişnuinţă, vor trebui tipărite scale comparative cu vechile şi noile unităţi (tabele de conversiune).

Sistemul molar este dificil de aplicat substanţelor cu greutate moleculară nedefinită (mai ales proteine) şi mixturilor. Pentru hemoglobină, se admite a se exprima concentraţia în sînge în grame la 100 mililitri (g/dl ; un decilitru = 100 mililitri) (188) sau în milimoli, cu cifre normale între 7,5—10 mmol/l (191).

192) KELLNER H. — Kopflos ins SI-Einheiten-Chaos, *Münch. med. Wschr.*, 1979, 121, 29/30, p. 36.

Scanned with CamScanner

Dificultăţile de comparaţie, cu datele exprimate în unităţile vechi din studiile anterioare publicate, rămîn, mai ales că transformările trebuie făcute atît pentru exprimările în mg%, cît şi pentru celălalt vechi sistem de exprimare în miliechivalenţi la litru.

Mai dificil de aplicat în practică ar fi exprimarea tensiunii arteriale în kPa (kilopascali) şi în mbar, în loc de mmHg.

Se ştie că, în sistemul S.I., unitatea de măsură *pascal* (Pa) este prea mică pentru a fi folosită în măsurătorile tensiunii arteriale; 1 mm Hg fiind egal cu 133,322 Pa. De aceea, apare necesară folosirea de *kilopascali* (kPa), 1 kPa fiind egal cu 1 000 pascali, sau folosirea de *bari*, 1 bar fiind egal cu 100 000 pascali (1 bar = 10^5 Pa) şi egal cu 7,50062 $\times$ 10^2 mm Hg. Aceste transformări sînt însă foarte greoaie pentru practica medicală, dificil de înţeles şi pentru bolnavi şi pentru educaţia acestora în urmărirea tensiunii arteriale, ţinînd seama de tendinţa actuală ca hipertensivii să fie deprinşi să-şi controleze singuri tensiunea arterială.

Într-o problemă de sănătate atît de importantă ca aceea a bolilor cardiovasculare, în care se află în desfăşurare programe de combatere de lungă durată, o astfel de modificare a exprimării tensiunii arteriale este evident că ar putea crea dificultăţi şi cheltuieli importante, prin producţia de noi aparate de măsurare a tensiunii, cu dublă scală sau numai cu noua scală. De aceea, Societatea Internaţională de Hipertensiune, ca şi experţii O.M.S. au considerat ca nepotrivită şi inoportună exprimarea tensiunii arteriale în kPa, *recomandînd utilizarea în continuare a scalei cu mm Hg* (192)(193)(194), adăugîndu-se astfel la alte excepţii faţă de S.I., citate mai sus (temperatura în unităţi Celsius, în loc de kelvin, litrul şi submultiplii săi).

Introducerea şi generalizarea Sistemului Internaţional de Unităţi (S.I.) constituie o acţiune importantă şi de durată prin complexitatea ei (185)(188)(195), care necesită o perioadă pregătitoare indispensabilă. Pentru medicină, sînt necesare: pregătirea de nomograme de conversiune (format de buzunar), broşuri lămuritoare (196), articole în revistele medicale cu valori normale de laborator şi echivalarea în unităţi S.I. (197)(198), pentru lămurirea

193) * * * — Arterial Hypertension. *W.H.O. Technical Report*, nr. 628.
194) * * * — Protest gagen neue Messeinheit, *Münch. med. Wschr.*, 1979, 121, 1 661.
195) YOUNG D. S. — Standardizing repoeting of laboratory data: the desirability of using SI units, *New Engl. J. Med.*, 1974, 290, 368.

Scanned with CamScanner

tuturor medicilor, programe educative pentru public, precum și modificările necesare în noile ediții ale manualelor și în articolele științifice. În acest mod, perioada de tranziție de la vechile unități la noile unități S.I. va fi mai scurtă și fără probleme deosebite.

69.

Problema comunicării în consfătuirile științifice medicale

Principalul scop al unei consfătuiri științifice medicale este acela de a permite și a facilita schimbul de idei, sau — *sensu lato* — comunicarea între participanți, în așa fel ca în final să rezulte o îmbogățire a celor care participă, cu idei, informații, noțiuni noi, și implicit să se obțină un progres în domeniul cunoștințelor de specialitate și al valorificării acestora, pentru ocrotirea sănătății sau pentru dezvoltarea cercetării științifice.

În acest scop, se organizează : congrese, conferințe, simpozioane, mese rotunde ș.a.m.d. Dar, pe lîngă alte condiții, succesul unei manifestări științifice depinde de *modalitățile de comunicare între participanți, de calitatea acestora, de formele organizatorice de comunicare pe care le asigură.* Este posibil însă de a „omorî" o consfătuire științifică, printr-o serie de stîngăcii organizatorice, care fac să eșueze cele mai bune intenții și cea mai interesantă tematică, de la abordarea și pînă la valorificarea acesteia.

Ținînd seama că, dintr-o necesitate perfect justificată, astăzi au loc un mare număr de manifestări științifice medicale, este indicat să se analizeze mai des atît erorile, cît și soluțiile de ameliorare a acestor consfătuiri.

Cele mai frecvente erori

Cele mai frecvente erori de conținut și organizatorice sînt următoarele :

Încărcarea consfătuirii cu *prea multe rapoarte și comunicări* face ca timpul rezervat pentru discuții să dispară. Participanții

196) *Direcția de Metrologie* — Sistemul Internațional de Uunități. Broșură, 197.
197) YOUNG D. — Normal laboratory value in SI units, *New Engl. J. Med.*, 1975, (april. 10), 795.
198) YOUNG D. — SI units for clinical laboratory data, *J. Amer. med. Ass.*, 1978, 240, 1 698.

Scanned with CamScanner

cad, astfel, într-o plictiseală hipnotică și, finalmente, în criză de timp, se produce o relaxare totală și se renunță și la concluzii. Participanții se despart, cu o impresie de incoerență despre conținutul consfătuirii, care se încheie amputată de ceea ce ar fi fost mai interesant : discuții și concluzii.

Includerea de rapoarte prea lungi, cu aspect de conferințe, creează auditoriului o adevărată „indigestie verbală". Pentru autorii unor astfel de rapoarte, ar fi de amintit butada unui literat francez, care definea simplu, ceea ce se denumește o „causerie", și anume ca o conferință la care publicul nu doarme... În loc de rapoarte prea lungi și seci, sînt preferabile expuneri libere, prin care se comunică cu sala și se întreține astfel auditoriul.

„Hiperplazia verbală" constituie o boală frecventă a raportorilor și comunicatorilor de astăzi, care încearcă adesea un adevărat „gavaj" (pentru a utiliza un termen din jargonul pediatric) al auditoriului, cu o doză uriașă de noțiuni și cuvinte. Unii văd chiar, în această tendință, o nouă amenințare pentru geniul uman ! (199). Într-un sens mai atenuat, acest pericol era mai demult sesizat, dacă ne amintim remarca lui Voltaire : „le secret d'ennuyer est celui de tout dire".

Nerespectarea timpului acordat este o consecință directă a defectului mai sus menționat, ceea ce declanșează însă ostilitatea auditoriului, mînia comunicatorilor care urmează și suferința organizatorilor, care asistă neputincioși la dezorganizarea consfătuirii. Spunem neputincioși, deoarece între fiecare vorbitor și cel care prezidează ședința se desfășoară o luptă surdă, deseori în avantajul primului ; în timp ce acesta caută prin diferite mijloace să-și lungească expozeul, furînd din timpul consfătuirii, celălalt încearcă zadarnic să-l oprească.

Pentru amuzament, vom cita după Engel (200) cîteva tehnici la care recurg vorbitorii zeloși, cu simptome de „hiperplazie verbală", pentru a-și lungi expunerea :

— Încheierea nasturilor la haină, gest prin care vorbitorul dă să înțeleagă că se pregătește să termine ; de fapt, experiența arată că în acest caz o mai lungește încă cel puțin cu 3 minute peste timpul fixat.

— Îndepărtarea ochelarilor și așezarea lor în mod ostentativ în buzunar este un fals semnal de încheiere, deoarece miopul își

199) MEERLOO J. — Ennui rituel des conférences, *Méd. et Hyg. (Genève)*, 1971, 959, 621.

200) ENGEL G. — Outwitting the Chairman, *J. Amer. med. Ass.*, 1959, 171, 89.

Scanned with CamScanner

apropie hîrtia, iar presbitul o îndepărtează pentru a citi în continuare, cîştigînd cu acest sistem cîteva minute.

— Îndoirea şi îndepărtarea textului nu împiedică comunicatorul să vorbească şi fără materialul scris.

— „Tehnica concluziilor" este o altă armă abilă pentru furtul de timp : cu 1 minut înainte de încheierea duratei acordate, vorbitorul începe să enunţe ritos : „în concluzie", „în sfîrşit", „pentru a conchide" etc. Experienţa arată însă că aceste semnalizări pot să anunţe încă multe alte minute (chiar şi 15—30 minute), în timp ce preşedintele rămîne literalmente paralizat.

— „Tehnica paginilor albe" este o tehnică de mare rafinament, pentru cîştigarea timpului, care se pregăteşte dinainte. Astfel, vorbitorul are introduse cîteva pagini albe în text, pe care în mod ostentativ le dă la o parte, simulînd în faţa preşedintelui, că renunţă la o parte din text, sacrificiu pentru care orice preşedinte se simte obligat să-i mai acorde cîteva minute în plus.

— O altă tehnică constă din a veni cu un text voluminos, care alarmează preşedintele şi sala, dar autorul are grijă să-i prevină că va relata numai un rezumat, ceea ce faţă de pericolul lecturii întregului material îi aduce acordarea a cîtorva minute în plus.

— Tehnica apucării microfonului în mînă de către vorbitor, care disperat se deplasează încolo şi încoace, continuînd să vorbească (manevră însă nu fără risc pentru vorbitor, care poate aluneca, accidentîndu-se).

Citînd aceste manevre, voit ridiculizate, dar des reale, trebuie să recunoaştem că această „tragere de timp" a unor comunicatori la conferinţe are consecinţe negative împiedicînd pe alţii de a mai expune, ceea ce face să se anunţe, cu regrete „depunerea" lucrărilor, suprimarea discuţiilor şi sfîrşitul consfătuirii într-o epuizare generală.

Prezentarea unor lucrări prea lungi, pentru timpul acordat, printr-o lectură foarte rapidă, constituie o altă eroare frecventă, expunerea decurgînd neinteligibil, într-o atmosferă de nervozitate din partea vorbitorului şi de indiferenţă din partea auditoriului.

Anumite preţiozităţi şi manierisme caracterizează pe unii vorbitori, care vorbesc nu pentru a exprima ceva, ci pentru a impresiona şi a culege aplauze ori succese facile.

Există şi aici mai multe tehnici :

Scanned with CamScanner

— Utilizarea unor termeni tehnici rareori folosiți, cu expresii sofisticate, cu cît mai mult ermetism verbal, impresionează evident numai persoanele insuficient informate din sală.

— Expunerea în timpul comunicării a unor glume, anecdote și întîmplări personale (toate autolaudative) sau abuzul de citate, proverbe și sentințe duc la ocuparea inutilă de multe minute.

— Aceeași consecință o are și citarea de statistici complicate și de numeroși autori, pentru propria împodobire a autorului.

— Ilustrarea expunerii cu foarte multe diapozitive colorate și scheme complicate, ori cu caricaturi sau cu fotografii ale unor ființe sau aspecte atrăgătoare etc. indică intenția de a se feri de fapte și de rezultate precise (201).

Soluții tehnice

Cele mai multe manifestări științifice medicale actuale au programe foarte încărcate, unele căpătînd aspectul de congrese „mamut" (în special cele internaționale), cu mii de participanți. Chiar și congresele naționale, cu sute de participanți, au devenit o problemă dificilă de organizare. O serie de reguli și de soluții de o mică ori mai mare amploare, sînt însă valabile, pentru reușita consfătuirii științifice medicale.

Alegerea modului de lucru. Congresele și conferințele mari se desfășoară obligatoriu pe secții, cu rapoarte și comunicări, la care se adaugă ședințele plenare.

O metodă actuală, pentru a satisface includerea a cît mai multor lucrări, este aceea denumită *poster*. În numeroase săli și coridoare ale clădirii congresului, diferiți autori își expun pe planșe dinainte fixate, planul și rezultatele unei cercetări, ilustrate cu scheme, curbe, tabele sinoptice, pe care autorul respectiv le prezintă și le explică grupelor de participanți, care defilează sau se fixează în fața acestora. Metoda satisface cuprinderea simultană a mai multor comunicări, permite schimbul direct de idei și de experiență între participanți, precum și selectarea de către fiecare congresist a lucrărilor care îl interesează.

Discuțiile în grup (workshops în terminologie anglo-saxonă), *reuniunile de experți, discuțiile la masa rotundă, seminariile și simpozioanele* sînt tipuri de consfătuiri mai eficiente, mai concrete, mai bine urmărite și mai atractive decît rapoartele seci și nesfîrșite sau conferințele interminabile din marile congrese. Tipurile de

201) DELTOUR G. — Le savoir vivre des congrès (ou l'art de fuir les faits), *Nouv. Presse méd.*, 1980, 9, 3 411.

Scanned with CamScanner

consfătuiri citate se folosesc cu succes în cadrul societăților științifice medicale ale U.S.S.M. din țara noastră.

Dar, și în aceste cazuri, este necesar să se respecte tehnica reală a consfătuirii respective și să nu se transforme într-o înșiruire de conferințe ori de texte citate. Se asistă, uneori, la astfel de mese rotunde, care — în ciuda pregătirii minuțioase a organizatorilor — se transformă într-o serie de comunicări lungi, citite de dimineață pînă seara și încheiate într-o astenie generală, fără ca cei care au dorit să discute să mai fi avut timpul necesar pentru intervenții.

Puțini cunosc probabil etimologia și sensul inițial a ceea ce denumim astăzi *simpozion*. În greaca veche, simpozion era egal cu *banchet* (prin analogie cu „Banchetul" lui Platon), înțelegîndu-se atunci discuții și schimburi de idei, în cadrul unui dineu. În astfel de întîlniri, Socrate ori Platon discutau cu elevii lor și aprofundau probleme filozofice.

Trebuie înțeles bine că sistemele de comunicare între oameni, în cadrul consfătuirilor științifice medicale, trebuie să nu fie seci și convenționale, ci cît mai atractive, mai variate, mai favorabile comunicării directe între participanți, a schimbului de mesaje între comunicatori și auditori.

Respectarea timpului acordat fiecărui raport ori comunicări constituie o condiție *sine qua non*, pentru reușita unui congres, și președintele de ședință trebuie să fie inflexibil în această privință, pentru a preveni dezorganizarea și eșuarea congresului de către comunicatori „cronofagi".

Reguli pentru comunicatori

În literatura medicală, au apărut deseori articole asupra modului de pregătire și prezentare a comunicării științifice la congrese (199)(201)(202)(203)(204)(205)(206) și, uneori, în revistele medicale ale noastre (207).

202) MEADOW R. — Speaking at medical meetings, *Lancet*, 1969, 2, 631.
203) LUDWIG J. — A letter to the next speaker, *Mayo Clin. Proc.*, 1973, 48, 807.
204) * * * — How to present a scientific paper, *Therapeutic notes (Parke-Davis)*, 1963, 70, 135.
205) PROCHNOW H. W. — The public speaker's treasure chest, Harper & Row, New York, 1964.
206) HAWKINS A. F. — Speaking at meetings, *Lancet*, 1964, 7 327, 261.
207) CURELARU I. — Prezentarea comunicării științifice medicale (I și II), *Viața med.*, 1972, 9, 10, 427—430 și 77—480.

Scanned with CamScanner

Considerăm totuşi că, în publicaţiile medicale româneşti, nu s-a scris şi nici nu s-a stăruit suficient asupra regulilor de pregătire şi de prezentare a comunicărilor ştiinţifice. Multe din aceste reguli rezultă din erorile, pe care noi le-am comentat mai sus.

În mod succint, revenim şi enumerăm cîteva din aceste reguli :

— *A vorbi sau a citi ?* Evident, este infinit preferabil ca o comunicare să fie vorbită ori cît mai mult vorbită, chiar dacă autorul are textul respectiv în faţă. În nici un caz, nu se va prezenta pentru vorbire textul pregătit pentru publicare, care este cu totul altul, ceea ce după Meadow (202) „ar fi o crimă". De aici, acel detestabil obicei de „a citi texte, în loc de a căuta curentul unui liber schimb verbal" (199).

— *Comunicatorul trebuie să vorbească rar,* cu pauzele necesare pentru respiraţie nuanţat, suficient de tare şi evitînd orice monotonie.

— *Trebuie evitate preţiozitatea ştiinţifică şi ermetismul verbal,* prin care caută să se impună ca savanţi unii comunicatori. Un stil clar şi simplu este de dorit, nu numai în scris, ci şi în expunere, pentru a fi înţeles. *Vorbeşte pentru a exprima ceva şi nu pentru a impresiona !* (203).

— *Încadrarea în timpul acordat* conferă autorului nu numai succesul expunerii, dar şi stima organizatorilor şi a auditorului. Nimeni nu se va supăra dacă comunicatorul termină în 7—8 minute în loc de 10 minute. A intra însă în „criză de timp" (ca la şah) cu o comunicare, conduce la un aspect lamentabil : comunicatorul vorbeşte din ce în ce mai repede, iar diapozitivele se succed cu viteza unui film mut de la începutul secolului al XX-lea, spre disperarea preşedintelui şi a auditoriului.

— *Nu* trebuie incluse *prea multe date,* cifre şi statistici, care nu pot fi reţinute şi nici asimilate. Trebuie evitat orice nu este esenţial.

— Diapozitivele trebuie bine pregătite, numerotate şi predate tehnicianului, care le va proiecta, cu grijă, din timp. Trebuie reţinut că toate mijloacele vizuale sînt folosite pentru a întări ceea ce se spune, pentru a amplifica, iar alteori pentru a înlocui vorbele comunicatorilor. Nu este deci necesar să plictisim auditoriul citind rînd cu rînd, ceea ce acesta poate face şi singur ; în astfel de cazuri, vorbitorul va face doar comentarii.

— *Pregătirea comunicării,* ca plan, idei de subliniat, text, pregătirea ilustrării cu diapozitive şi repetarea (exersarea de cîteva ori) constituie reguli elementare care trebuie cunoscute şi respectate, aşa cum sînt redate detaliat în articole *ad hoc* (199)(204)(207).

Scanned with CamScanner

În *concluzie*, orice prezentare a unei lucrări ştiinţifice la un congres (conferinţă, simpozion) trebuie să se facă astfel pentru a contribui la o cît mai rodnică comunicare interumană şi la noi învăţăminte, ceea ce constituie reuşita unei manifestări ştiinţifice.

70.

Studiul clinic controlat şi importanţa lui pentru evaluarea medicamantelor noi

Nessuna humana investigazione si puo demandare vera scienzia s'essa non passa per le matematiche dimonstrazione.

LEONARDO DA VINCI

Progresul terapeutic actual nu ar fi fost posibil fără marile descoperiri în domeniul medicamentului din acest secol (desigur, un adevăr *à la Palice)*. Fără a ne opri, însă, asupra unei comparaţii cu trecutul atît de modest al medicamentului, ridiculizat destul de des de Molière, de Voltaire, de Bernard Shaw şi de alţii, nu trebuie nici să ne înfumurăm prea mult în prezent, cînd ne aflăm la o altă extremă a problemei, mult mai grea. Este vorba de avalanşa de medicamente din ultimele decenii, în zeci de mii de prezentări, cu mii de acţiuni, interacţiuni medicamentoase şi riscuri de reacţii adverse. Peste 90% din medicamentele în uz, astăzi, nu erau cunoscute acum 40—50 de ani. Ultima ediţie (a 28-a din 1978) a celebrei „The Extra Pharmacopeea" (Martindale) cuprinde descrierea a peste 43 000 de medicamente (în comparaţie cu 34 000 din ediţia precedentă), susţinute de 63 000 referinţe bibliografice extrase din 1 100 reviste medicale şi formînd un volum complet de peste 2 000 pagini (208).

Ce poate face medicul actual şi conştient, în faţa unei atît de mari poveri informative? Actul terapeutic medicamentos (dacă nu este făcut la întîmplare) a devenit o decizie de deliberare profundă şi asumarea, pînă la urmă, a unui risc calculat, privind reacţiile adverse posibile ale fiecărui medicament (de care nici un medicament nu este exonerat, ceea ce ar fi „o absurditate farmacologică"), în comparaţie cu efectele favorabile, curative. Trebuie ori-

208) WADE A. — Martindale. The Extra-Pharmacopeia, ed. a 27-a, The Pharm. Press., Londra, 1978.

Scanned with CamScanner

cum, să se facă totul, ca „remediul să nu devină mai rău decît boala", așa cum încă din antichitate Juvenal se exprima în una din satirele sale (XVI, 31).

Ce putem face pentru orientarea corectă a medicului, în fața actualei invazii de medicamente ? (dintre care destul de multe sînt de utilitate dubioasă). Va trebui, oare, în viitor, medicul să recurgă la un computer ?

Situația medicului s-ar ușura și s-ar simplifica însă mai mult dacă organele pentru controlul medicamentului, care în fiecare țară aprobă intrarea oficială în terapeutică a fiecărui medicament nou, ar institui o sită mai deasă de control, pentru a selecta numai acele medicamente cu eficacitate neîndoielnică și cu minimum de reacții adverse. S-ar evita, astfel, multe rele pentru sănătate, care decurg din vastul capitol al patologiei medicamentoase și ar înceta să mai fie actuală vechea butadă a lui Olivier Wendell Holmes (medic și scriitor din secolul trecut), care prin 1860 se exprima astfel despre medicația de atunci :

„Eu cred ferm că, dacă toată *materia medica* (medicația), care se folosește acum, s-ar arunca în fundul mării, ar fi cel mai bine pentru omenire și cel mai rău pentru pești".

Între mirajul terapeutic și controlul științific al medicamentului

Ceea ce caracterizează pe mulți dintre descoperitorii, și mai ales pe producătorii actuali de medicamente, este graba și exagerarea cu care ei acordă virtuți terapeutice medicamentului descoperit, mergînd de mai multe ori pînă la eticheta de „miraculos". Se ajunge, astfel, uneori, la un adevărat „delir terapeutic", pentru fiecare medicament, ceea ce amintește de drogul miraculos din Evul Mediu, de „pilula magică", capabilă să vindece fiecare boală, chiar și bolile cronice, degenerative, apărute de-a lungul vieții, prin erori, excese ori nepăsare.

Din astfel de așteptări, s-au născut multe speranțe și iluzii, urmate de tot atîtea decepții, de cheltuieli inutile și uneori chiar de consecințe tragice, prin neglijarea altor măsuri terapeutice verificate.

Ne aflăm adesea, mai ales în domeniul terapiei cancerului și al bolilor de sînge, în fața unor astfel de propuneri de medicamente, datorate cel mai adesea numeroșilor amatori în problema „tămăduirii" *(guérisseurs)*, care întreține în jurul medicamentului creat o atmosferă de mistificare colectivă. Astfel de exemple se întîlnesc

Scanned with CamScanner

în toate țările din lume. Este suficient să citățm cazul din S.U.A., cu produsul pretins anticanceros *Laetrile* (substanță extrasă din sîmburele de caise), care a condus la o adevărată „laetrilomanie" colectivă, cu toate rezultatele negative, obținute prin studii controlate (209)(210).

Acești descoperitori, care bat la poarta intrării în terapeutică a medicamentului nou, caută să escaladeze ori chiar să evite regulile, bine stabilite, ale controlului științific al fiecărui medicament nou, reguli precizate încă de acum 115 ani de Claude Bernard în „Introduction à l'étude de la médecine expérimentale", și care spunea următoarele :

„Un medic, care încearcă un tratament și care vindecă bolnavii săi, este înclinat să creadă că vindecarea este datorată tratamentului său".

„În fiecare zi poți să-ți faci cele mai mari iluzii asupra valorii unui tratament, dacă nu s-a recurs la o experimentare comparativă".

„Pentru a fi valabile, experimentările comparative trebuie făcute în același timp și — pe cît posibil — pe bolnavi comparabili. Comparațiile rămîn totuși pline de mari dificultăți, pe care medicii trebuie să se forțeze să le reducă, deoarece *experimentarea comparativă este condiția indispensabilă a medicinii științifice experimentale : fără această experimentare, medicul înaintează la întîmplare și devine jocul iluziilor fără sfîrșit*".

„Nu se poate judeca influența unui remediu asupra evoluției și terminării unei boli, dacă nu se cunoaște mersul și terminarea naturală ale acestei boli".

Toate aceste enunțări, atît de clar formulate de Cl. Bernard, rămîn mereu valabile și constituie premize ale metodologiei studiilor clinice controlate ale medicamentului nou, de astăzi.

Una din cele mai importante și puțin cunoscute reguli este aceea, care privește judecarea efectului medicamentului, în funcție de *evoluția naturală a bolii respective*. Această „istorie naturală" a fiecărei boli trebuie bine cunoscută, pentru ca experimentatorul să nu cadă în capcana de a atribui terminarea favorabilă a bolii, *unei simple coincidențe între administrarea medicamentului și momentul vindecării naturale a bolii*. Mai ales, multe dintre bolile infecțioase se vindecă fără nici o medicație deosebită. Îmi amintesc, în acest sens de o reușită butadă a prof. Th. Mironescu (șeful Clinicii de boli infecțioase — Colentina, între 1919 și 1940), care spunea ironic, tinerilor interni și secundari, cu privire la trata-

209) INGELFINGER F. J. — Laetrilomania, *New Engl. J. Med.*, 1977, 296, 1 167.
210) RELMAN A. — Closing the books on Laetrile, *New Engl. J. Med.*, 1982, 306, 236.

Scanned with CamScanner

mentul unui bolnav : „tratează-l repede, cît mai repede, cu medicamente, pînă nu se vindecă el singur...".

Naşterea şi dezvoltarea farmacologiei clinice

Naşterea farmacologiei clinice a fost grea şi tîrzie. Aşa cum arată Modell, într-un articol consacrat acestei probleme (211) a existat pînă în 1930, o perioadă primitivă şi cu judecăţi întîmplătoare, urmată apoi de o perioadă de dezvoltare, nu lipsită de dificultăţi şi opoziţie. Se critică, astfel, metodologia care ar transforma oamenii în cobai, precum şi fundamentul moral al utilizării deliberate a metodei cu placebo (calificată ca indecentă), precum şi metoda dublu orb, care nu ar putea înlocui posibilităţile de apreciere ale unui medic experimentat. După 1950, eforturile făcute de o serie de cercetători, specialişti în farmacologie, în frunte cu Beechen, Lasagna, Modell, Gaddum şi alţii au condus la definirea acestei noi discipline, denumită din 1952 *farmacologie clinică*. În mai toate ţările, societatea ştiinţifică de specialitate s-a transformat atunci din „societate de terapeutică" în „societate de farmacologie clinică şi terapeutică" (înfiinţată de asemenea şi în ţara noastră din 1960).

În 1970, Organizaţia Mondială a Sănătăţii a publicat raportul tehnic nr. 446, privind conţinutul, organizarea şi învăţămîntul de farmacologie clinică (212), care se diferenţiază astăzi de farmacologia fundamentală (generală), ca şi de terapeutica propriu-zisă.

Farmacologia clinică este definită ca „ştiinţa care studiază, în organismul uman, efectul şi utilitatea medicamentelor, noi sau vechi". Este deci o *farmacologie umană*, care verifică pe om substanţele, care tind să devină medicamente (medicamente în devenire, potenţial drug, werdende Arznei) (213). Farmacologia clinică, cuprinde *farmacocinetica, farmacodinamia* (efectul terapeutic) şi *farmacovigilenţa* (214), la care s-au adăugat apoi *farmacogenetica, biodisponibilitatea, biocronofarmacologia.*

211) MODELL N. — Pharmacologie clinique : retrospective et son avenir. *Triangle* (Sandoz), 1978, *18*, 55.
212) O.M.S. — Pharmacologie clinique. Contenu. Organisation. Enseignement. *Rapp. tech.*, nr. 446, 1970.
213) VOICULESCU M. — Poziţia actuală a farmacologiei clinice, *Viaţa med.*, 1970, 13, 578.
214) BADER J. P. — L'essai clinique des médicaments, *Nouv. Presse méd.*, , 10, 77.

Scanned with CamScanner

Rolul și importanța farmacologiei clinice au fost recunoscute pe deplin, nu numai în controlul noilor medicamente, dar și ca garantă a celorlalte medicamente, obținute în ultimele decenii (211).

Studiu clinic controlat

„Este mai ușor să scrii despre o boală, decît despre un medicament", a spus odată Withering, descoperitorul digitalei. Într-adevăr, experimentarea clinică a unui medicament reprezintă una din sarcinile cele mai dificile ale cercetării medicale, fiind supusă la numeroase dificultăți, capcane și erori (215). Dintre numeroșii factori variabili, care pot interveni în acest sens, enumerăm pe cei mai importanți :

— subiectivismul experimentatorului ;
— efectul placebo din partea celui tratat ;
— evoluția naturală spre vindecare a bolii (istoria naturală a bolii).

Dar, la aceștia, se mai adaugă și alți factori variabili : vîrsta și sexul bolnavilor, starea organelor, forma clinică de boală, asocierile morbide, și unii factori neesențiali, întîmplători, care pot influența rezultatele (216).

În această complexitate de factori și legături cauzale este evident că nu mai sînt suficiente simpla impresie clinică sau „bunul simț clinic".

Pentru a se stabili acțiunea reală a medicamentului pe om și pentru a salva obiectivitatea științifică, este obligatoriu să se recurgă, în acest caz, la ceea ce s-a denumit studiul clinic controlat, ale cărui principii au fost deja schițate de Cl. Bernard (așa cum am arătat mai înainte). Despre definirea și descrierea studiului clinic controlat, s-au publicat diverse articole în revistele medicale (215)(217), ca și în cărți de specialitate (216).

După cum arată V. Stroescu (216), în definirea studiului clinic controlat, elementul principal constă în comparația simultană a rezultatelor obținute la bolnavii, care primesc acel medicament, cu rezultatele obținute la grupul de bolnavi martor (care nu primesc

215) VOICULESCU M. și colab. — Experimentarea clinică a medicamentelor, *Viața med.*, 1963, 4, 217.
216) STROESCU V. — Farmacologie clinică, ed. a 2-a, Ed. Medicală, București, 1977.
217) MARCU C., STROESCU V. — Studiul clinic controlat de farmacologie, *Viața med.*, 1978, 1, 41.

Scanned with CamScanner

acel medicament, ci primesc o substanţă inertă sau un alt medicament de referinţă).

Elementele esenţiale care constituie studiul clinic controlat, sînt următoarele :

— Studiul prealabil experimental al medicamentului de cercetat (datele obţinute pe animale, primele încercări pe voluntari sănătoşi).

— *Stabilirea planului de cercetare* (obligatoriu) : studiu prospectiv şi nu folosirea de date retrospective).

— *Stabilirea a 2 loturi de bolnavi* (cel tratat şi cel martor), în care, pentru o distribuţie uniformă, bolnavii sînt incluşi prin randomizare (repartiţie prin alternanţă sau prin tragere la sorţi şi nu preferenţială).

— *Asigurarea uniformităţii condiţiilor în cele 2 loturi* (ca sex, vîrstă, forme clinice, condiţii de viaţă, de nutriţie etc.). „Metoda istorică" (comparaţia cu rezultatele din alţi ani) este cu totul relativă.

— *Criteriile de apreciere* trebuie să fie obiective şi pe cît posibile cantitative (gradaţii cantitative, criterii măsurabile). Marele fizician Maxwell (1813—1876) spunea că „cel mai important pas în progresul fiecărei ştiinţe constă în măsurarea cantităţilor".

— *Alegerea tipului de studiu.* Acesta poate fi :

a) *Deschis,* cînd medicamentul de cercetat este cunoscut atît de bolnav, cît şi de medicul experimentator.

b) *Simplu orb,* cînd bolnavul nu cunoaşte medicamentul de cercetat, dar medicul experimentator îl cunoaşte.

c) *Dublu orb,* cînd atît bolnavul cît şi medicul experimentator nu cunosc care este medicamentul de cercetat şi care este substanţa de tip placebo, ambele fiind prezentate identic şi cu denumiri codificate *(A şi B).* Metoda dublu orb este cea mai folosită astăzi, pentru a se elimina efectul subiectiv, nespecific din partea bolnavului (efectul „placebo"), ca şi subiectivismul experimentatorului. În unele experienţe, substanţa placebo pate fi înlocuită cu un medicament de referinţă (cu acţiune cunoscută ca asemănătoare) şi cu care medicamentul de cercetat este studiat comparativ. Prin folosirea, în grup martor, a unui medicament de referinţă se evită în parte reproşurile de ordin etic, care se aduc metodei dublu orb.

— *Analiza statistică a rezultatelor este obligatorie.*

În toate cazurile de cercetare pe om, cum este şi studiul clinic controlat (218), trebuie respectate o serie de condiţii etice, care — în esenţă — urmăresc să prevină aducerea oricăror prejudicii

218) VOICULESCU M. — Despre unele condiţii etice ale cercetării ştiinţifice în medicina clinică, *Viaţa med.*, 1962, 23, 1, 393.

Scanned with CamScanner

persoanelor supuse cercetării. Aceste condiţii etice sînt prevăzute în „Declaraţia de la Helsinki“ (219) şi au fost adoptate de aproape toate ţările. O regulă esenţială constă în a se cere consimţămîntul informat al bolnavului, la care se mai adaugă : eliminarea oricărui risc pentru bolnav, protocol de experimentare, efectuat în colectiv şi condus de o persoană extrem de calificată şi cu experienţă.

Cu toată valoarea sa incontestabilă, studiul clinic controlat, este supus unor critici, care în parte ţin de calitatea celor care-l organizează şi-l conduc, precum şi de dificultăţile reale ale unui astfel de studiu.

Studiul clinic controlat nu este uşor de realizat şi trebuie încredinţat numai unor medici competenţi, care lucrează într-o echipă, compusă din clinicieni, specialişti de laborator, farmacolog clinician, statistician, epidemiolog.

S-a reproşat studiilor clinice, care folosesc metoda dublu orb, pe lîngă obiecţiuni de ordin etic, o prea mare rigiditate clinică, exemplificată între altele, prin fixarea unei posologii fixe, dinainte stabilită (în loc ca doza optimală să se precizeze prin mai multe tatonări în cursul experimentării), lipsa de uniformitate uneori a loturilor, scala insuficient de sensibilă şi obiectivă a unor aprecieri a rezultatelor şi efectul unor factori exteriori, ca şi analize statistice insuficient de aprofundate.

Problema analizei statistice rămîne una din cele mai disputate. Mai multe sondaje făcute de autori în revistele medicale au arătat, în multe articole, abateri serioase de la corectitudinea statistică, conducînd evident la concluzii false (220). S-a vorbit despre posibilităţile şi limitele analizelor statistice (221) şi se fac ironii la adresa lor („statistica : o cale pentru a merge greşit cu încredere“, sau : „minciuni, minciuni gogonate şi statistici“). Chiar şi Claude Bernard era neîncrezător în statisticile (de atunci), exprimîndu-se astfel : „Jamais la statistique n'a rien appris, ni peut rien apprendre sur la nature des phénomènes“.

Toţi aceşti factori de eroare explică de ce unele studii clinice sînt contradictorii, cum au fost recent cele două studii dublu orb cu privire la acţiunea unui flavonoid de tip cianidanol-3 (Catergen), în tratamentul hepatitei virale acute (222), dintre care unul a arătat rezultate negative, iar altul favorabile, ambele fiind statistic

219) * * * — Declaration of Helsinki. Recommendation guiding doctors in clinical research, *J. Amer. med. Ass.*, 1966, 197, 32.

220) STULFZ P. — A Want of diagnosis, *New Scientist*, 1977, 73, 59.

221) MÉNIER G. R. — Puissance et limites de l'analyse statistique, *Méd. et Hyg. (Genève)*, 1979, 37, 930.

222) JESDINSKY J. H. — Doppelblind studien bei akuter Virushepatitis, *Dtsch. med. Wschr.*, 1980, 105, 315.

Scanned with CamScanner

semnificative. Ca un corectiv, se recomandă recurgerea la studii multicentrice, efectuate simultan în mai multe centre și țări.

Cu toate aceste dificultăți și deficiențe ale realizării unor studii clinice controlate impecabile, acestea rămîn — ca și analiza statistică corectă — indispensabile pentru evaluarea corectă a medicamentelor și fără de care nu ne-am rătăci cu totul în imensitatea numărului de medicamente, care bat mereu la poarta consacrării clinice.

Să ne amintim și de acea gîndire, atît de prevăzătoare și mereu actuală a lui Leonardo da Vinci, cu care am început acest capitol:

„Nici o investigație umană nu se poate considera știință adevărată, dacă nu este trecută prin demonstrarea matematică".

71.

Homeopatia: evaluări și perspective

Imensa majoritate a medicilor au numai cunoștințe vagi despre *homeopatie*, cel mai adesea din dicționare sau din lecturi disparate, deoarece această metodă (sau doctrină) medicală nu face parte, în mod uzual, din pregătirea medicilor în facultăți (ci numai uneori prin cursuri *ad hoc*, postuniversitare). Cu toate acestea, homeopatia este practicată de unii medici, tratamentele homeopatice sînt adesea solicitate, iar în majoritatea țărilor există farmacii homeopatice, cabinete de consultații și chiar spitale homeopatice. În diferite țări, homeopatia dispune de reviste de specialitate și organizează congrese. Din cînd în cînd (deși foarte rar), homeopatia este pusă în discuție în presa medicală, în foruri organizatorice sau științifice. Astfel, a XII-a sesiune științifică a Academiei de Științe Medicale din țara noastră (28—30 mai 1981), consacrată medicinii naturiste, a cuprins și o masă rotundă cu tema: *Acupunctura și homeopatia au în prezent o fundamentare științifică?*

Răspunsul la această întrebare se pare că este încă greu de dat, fiind subiectul a unor vii controverse. Noi cercetări în domeniul oligoelementelor și a unor mediatori chimici ar putea aduce însă noi lumini pentru explicarea efectelor homeopatice.

Scanned with CamScanner

Din istoricul homeopatiei în diferite ţări

Doctrina homeopatică a fost creată acum circa două secole de un medic german, originar din Saxonia, Samuel Hahnemann (1755—1843), la început sub forma unui nou principiu, pentru a demonstra valoarea curativă a substanţelor medicinale din plante şi apoi, într-o formă completă, în prima ediţie a operei sale : „Organon der rationellen Heilkunde“ (1810).

Hahnemann, nemulţumit cu terapeutica „alopatică“, care se practica atunci, s-a dedicat farmacologiei experimentale, încercînd efectul unor extracte de plante pe sine însuşi şi pe alte persoane sănătoase, pentru a studia efectele medicamentelor respective pe organismul sănătos. El a ajuns la concluzia că un medicament, care în doze mari provoacă anumite efecte la persoane sănătoase, administrat în doze foarte mici (neponderale) suprimă aceleaşi efecte apărute la persoanele bolnave. El a enunţat astfel principiul *similia similibus curantur* (asemănările se vindecă prin asemănări, „cui pe cui se scoate“). „Legea similitudinii“ a devenit astfel legea de bază a homeopatiei.

La aceasta, s-a adăugat „legea potenţei“, un alt principiu de bază al homeopatiei, care constă din administrarea substanţei medicamentoase în doze foarte mici, infinitezimale, obţinute prin diluţii succesive. Remediile homeopatiei nu acţionează conform farmacodinamiei alopatice, ci prin determinarea unor reacţii din partea organismului bolnav (efectul nu este proporţional cu doza). Prin diluţiile succesive, cu fiecare treaptă, diluţia se agită prin sucusiuni, ceea ce conferă o „dinamizare“ a substanţei (calitate greu de definit şi de demonstrat, prin care substanţa ar deveni mai dispersată sau mai penetrantă pentru organism) (223).

În fine, un alt principiu al homeopatiei este unitatea remediilor, în sensul că, la un bolnav, pentru suferinţa respectivă, se administrează un singur remediu, strict individualizat, după o analiză şi examinare minuţioasă a persoanei respective. Actualmente, cei mai mulţi homeopaţi, au devenit însă, „pluralişti“ în sensul că prescriu la acelaşi bolnav mai multe remedii, dar în doze separate şi la ore separate (223). Ei asociază la medicamentul de tip „constituţional“ (adresat terenului) şi un medicament zis de „drenaj“, pentru a ajuta organismul la criza de eliminare toxică iniţială. Numai cîţiva homeopaţi au mai rămas „unicişti“ intransigenţi, adică un bolnav — un singur remediu.

223) CABA T. — Elemente de practică homeopatică, Ed. Litera, Bucureşti, 1979, 272 pag.

Scanned with CamScanner

Homeopaţii consideră că Hahnemann a enunţat primul necesitatea experimentului şi a recurs la farmacologia experimentală cu mai mulţi ani înainte de elaborarea principiului medicinii experimentale de către Claude Bernard (în 1866). Cercetările pe omul sănătos au permis evitarea confuziei cu simptomele bolii, iar prin experimentul pe om s-au evitat comparaţiile necorespunzătoare cu rezultatele obţinute în experimentul pe animal (224).

Desigur, medicii alopaţi nu s-au lăsat uşor convinşi de principiile homeopatiei şi în special de „legea potenţei" şi a „dinamizării" (proprietate nouă, care s-ar obţine prin diluţii din ce în ce mai mari, ajungînd la aceea de 10^{-23}) (!). Medicina oficială alopată a urmat evoluţia sa ascendentă şi convingătoare, ajungînd la dezvoltarea extraordinară de astăzi.

Cu toate acestea, homeopatia nu a încetat să existe paralel, de aproape două secole, exploatînd uneori domeniile de insucces ale terapiei alopate sau, alteori, completînd-o pe alocuri. Citām în continuare, (după Gh. Bungeţeanu) (225), cîteva exemple din istoricul dezvoltării homeopatiei pe plan mondial.

Astfel, încă din 1822, a fost înfiinţată prima revistă homeopatică germană, denumită din 1832 *Allgemeine Homöopatische Zeitung*, care continuă să apară şi astăzi. În 1849, a fost fondat în Anglia *The Royal London Homeopathic Hospital*; în 1860, tot în Londra, a apărut prima farmacie homeopatică, care funcţionează şi în prezent. În 1870, a fost întemeiat la Paris, Spitalul Saint-Jacques, care funcţionează cu profil homeopatic şi în prezent. Societăţi ştiinţifice de homeopatie şi spitale de homeopatie au apărut şi în alte ţări (S.U.A., Italia, Brazilia etc.), precum şi policlinici şi farmacii homeopatice (U.R.S.S., Franţa etc.). În 1948, Farmacopeea franceză a inclus şi legiferat medicamentul homeopatic, cu diluţiile infinitezimale, menţinut şi în ediţiile următoare (*Préparations homéopathiques*).

Aspecte din situaţia actuală a homeopatiei în diferite ţări

În Anglia, homeopatia face parte integrantă din *National Health Service*, dispunînd, de mai multe spitale homeopatice (Londra, Glasgow, Liverpool şi Bristol). În decurs de 2 ani,

224) BODMAN F. — The rôle of homeopathic medicine in the National Health Service, *Lancet*, 1968, *1*, 913.
225) BUNGEŢEANU GH. — Comunicare personală.

Scanned with CamScanner

35 000 de bolnavi au solicitat tratament homeopatic (226). Pregătirea medicilor homeopaţi, în Anglia se face prin învăţământul postuniversitar la Facultatea de Homeopatie, aprobată de Parlament şi finanţată de stat (224)(226). Catedre de predare a homeopatiei există în facultăţile de medicină din alte ţări (Paris, Lille, New York etc.). În Franţa, există un centru de pregătire postuniversitară, care organizează cursuri de 3 ani.

Spitale cu profil homeopatic mai există în S.U.A. (6 spitale), în Canada şi Franţa, iar policlinici homeopatice există în mai multe ţări : U.R.S.S. (3 policlinici la Moscova) şi alte ţări din Europa, America şi Asia. Farmacii homeopatice funcţionează în aproape toate ţările. Astfel, numai la Moscova, există 7 farmacii homeopatice.

O bogată activitate editorială homeopatică există în special în unele ţări, ca : Franţa, Anglia, R. F. Germania, Olanda, S.U.A., India. În Franţa, apar 2 reviste : *L'Homéopathie Française* şi *Annales Homéopathiques Françaises*. În Anglia, pe lîngă *British Homeopathic Journal*, mai apar încă 2 periodice.

Paralel, s-au înfiinţat în diferite ţări, asociaţii, uniuni sau societăţi ştiinţifice de homeopatie. În S.U.A., există Institutul American de Homeopatie. La Viena, există de asemenea, un institut homeopatic, cu o bază clinică. Societatea germană a medicilor homeopaţi a împlinit recent 150 de ani de existenţă.

Anual, *Liga internaţională a medicilor homeopaţi* organizează congrese internaţionale : al 36-lea congres în 1981 la Roma, cel din 1982 la Londra. Numărul medicilor homeopaţi din întreaga lume este greu de evaluat, putînd fi însă estimat la cîteva zeci de mii.

Menţionăm că, şi în ţara noastră, există o activitate homeopatică desfăşurată de medici homeopaţi, în Capitală şi în alte oraşe, iar în cadrul U.S.S.M. activează un cerc homeopatic, care ţine şedinţe ştiinţifice lunare, cu comunicări, referate şi dezbateri interesante, pe bază de cazuistică, precum şi de cercetări făcute în clinici. În 1980, Centrul de perfecţionare postuniversitară din Ministerul Sănătăţii a organizat un curs de iniţiere, de o lună, în homeopatie, avînd cursanţi medici primari de diferite specialităţi din mai multe judeţe ; un alt curs a fost organizat în ianuarie 1981.

La această activitate, se adaugă interesantele discuţii, care au avut loc cu privire la bazele ştiinţifice ale homeopatiei, gen „masă rotundă" organizată la 30 mai 1981, în cadrul celei de-a XII-a sesiuni ştiinţifice a Academiei de Ştiinţe Medicale, şi la care au

226) * * * — Homeopathic Medicine, *Lancet*, 1978, 2, 166.

Scanned with CamScanner

luat cuvîntul, pe lîngă practicieni homeopaţi, profesori de farmacologie, biologi, clinicieni.

În prezent, homeopatia constituie o realizare incontestabilă, atît ca practică terapeutică, cît şi pe plan editorial, metodologic şi ştiinţific, fiind recunoscută şi sprijinită în aproape toate ţările din lume, ca o metodă terapeutică cu anumite indicaţii utile şi cu posibilităţi de dezvoltare.

Există o fundamentare ştiinţifică a homeopatiei?

De la început, Hahnemann a urmărit să dea o fundamentare ştiinţifică doctrinei sale, dezvoltînd o farmacologie clinică homeopatică, bazată pe fapte de observaţii şi experimentări efectuate pe oameni sănătoşi şi bolnavi, care l-au condus la elaborarea celor 3 legi ale terapiei homeopatice : legea similitudinii, legea dozelor infinitezimale (legea potenţei) şi legea dinamizării.

Pentru farmacologia curentă, care stă la baza terapiei actuale oficiale (alopatice), se ridică serioase îndoieli cu privire la efectul terapeutic crescînd al dozelor subponderale, infinitezimale, utilizate în homeopatie şi care vin în contradicţie flagrantă cu relaţia doză-efect din alopatie. Nimeni nu contestă, desigur, eficacitatea terapeutică a dozelor foarte mici ale medicamentelor, care uneori pot acţiona altfel decît în doze mari. Se reproşează homeopatiei faptul că nu a explicat satisfăcător ce înseamnă această nouă proprietate denumită „dinamizare", care se realizează prin agitarea diluţiilor şi prin care s-ar produce „fenomene fizico-chimice încă necunoscute nouă" (223). Trebuie să concepem însă că în diluţiile mari ar mai persista din produsul medicamentos numai cîteva molecule. Astfel, într-un litru de diluţie extremă de 10^{-23}, se presupune că ar mai rămîne o singură moleculă, din substanţa respectivă.

La aceste obiecţii, homeopaţii răspund că, prin metode foarte sensibile (cromatografie gazoasă), se pot pune astăzi în evidenţă substanţe în diluţia 10^{-18}, iar unele animale, ca ţiparul, sesizează existenţa unor molecule în diluţii foarte mari (chiar de ordinul a 1 800 de molecule). De asemenea, s-a pus în evidenţă eficacitatea protectoare a dozelor foarte mici de tetraclorură de carbon faţă de intoxicaţia hepatică realizată cu doze mari din aceeaşi substanţă.

Un alt argument prohomeopatic constă în atenţia care se acordă astăzi, în fiziologie, oligoelementelor şi ultraoligoelementelor. Se citează, de asemenea, importanţa recent cunoscută, a me-

Scanned with CamScanner

diatorilor chimici a unor peptide, *calmoduline*, în metabolismul calciului (și care acționează ca oligoelement în diluția 10^{-7}).

Este posibil ca biologia microelementelor și a calmodulinelor să stimuleze noi cercetări, care ar putea contribui la înțelegerea homeopatiei.

Se mai reproșează homeopatiei faptul de a fi rămas, însă, într-un conservatorism comod și într-o unilateralitate dogmatică și că nu a reușit să demonstreze prin noi cercetări, cu posibilitățile științei moderne, mecanismul terapiei homeopatice. Homeopații răspund că rezultatele obținute clinic, pledează pentru această terapeutică și chiar dacă nu pot fi explicate astăzi, în mod satisfăcător științific, aceste rezultate nu pot fi negate pînă se va aduce o explicație mulțumitoare, definitivă.

Se pare că homeopații s-au mulțumit însă mai mult cu succese de cazuistică, pe care adversarii le atribuie unui efect placebo, și nu au recurs la studii clinice controlate, cu metoda „dublu orb" sau cel puțin „simplu orb". Există, într-adevăr, numai cîteva asemenea studii cu metoda dublu orb (227). Or, așa cum a demonstrat Claude Bernard, încă de acum 115 ani : *„experimentarea comparativă* este condiția indispensabilă pentru medicina științifică experimentală ; fără această experimentare, medicul înaintează la întîmplare și devine jocul iluziilor fără sfîrșit".

Într-un editorial (228), noi am arătat clar importanța studiului clinic controlat, pentru evaluarea efectului terapeutic al medicamentelor noi.

Simpla impresie clinică și „bunul simț clinic" nu mai pot fi acceptate astăzi în evaluarea efectului terapeutic, ținînd seama de numeroase variabile, între care :

— subiectivismul experimentatorului ;

— efectul placebo, din partea bolnavului ;

— evoluția naturală spre dispariție a simptomelor și vindecarea naturală a bolii.

Sînt necesare loturi comparabile, repartiție prin randomizare și criterii măsurabile de apreciere.

227) MÄLLER A. W. — Klinischer Beitrag zur Problematik der Homöpathie, *Therapiewache*, 1978, 28, 9 384.

228) VOICULESCU M. — Studiul clinic controlat și importanța sa pentru evaluarea medicamentelor noi, *Viața med.*, 1981, 7.

Scanned with CamScanner

Argumente pentru homeopatie și unele indicații

Homeopatia are detractorii și susținătorii săi. Cei mai mulți medici, însă, fie din lipsă de informație, fie de teama de a nu cădea într-o „erezie medicală" sau în ridicol refuză să o ia în considerație ca o metodă terapeutică. Cu toate acestea, terapeutica homeopatică rezistă de aproape două secole și proba timpului ar pleda pentru utilitatea ei.

Homeopatia oferă, indiscutabil, o serie de avantaje, care o justifică să rămînă ca o metodă terapeutică, cu anumite indicații. În primul rînd, homeopatia stăruiește pentru o cunoaștere mai aprofundată a pacientului, printr-o anamneză amănunțită, pentru un examen clinic complet, printr-o bună pregătire în semiologie, pentru o terapie individualizată. Homeopatia vizează studierea constituției bolnavului și o cunoaștere mai completă a acestuia, privit ca un „tot unitar deficitar". Într-o epocă, în care excesul de tehnicism din medicina alopatică de astăzi amenință cu o medicină impersonală și neglijarea personalității bolnavului, această preocupare este cu atît mai prețioasă.

Pe de altă parte, homeopatia oferă o terapie lipsită de reacțiile adverse nocive ale medicației alopatice, evitînd astfel marele capitol al patologiei medicamentoase actuale. Tratamentul pe care îl oferă homeopatia este, de asemenea, infinit mai economic, ceea ce nu este de neglijat.

Desigur, trebuie precizat cu grijă domeniul de indicații al terapiei homeopatice. Nu ar fi permis ca, în bolile pentru care există o terapie eficace precisă și energică alopatică, bolnavul să fie lipsit de binefacerile terapiei moderne actuale, alopatice. Ca o orientare generală, indicațiile terapiei homeopatice s-ar situa în domeniul unor tulburări funcționale mai ales psihoendocrine, unele nevralgii (229) și alte situații morbide, în care terapia alopatică eșuează sau nu deține o terapie eficace.

„Homeopatia este o terapeutică, nu este toată terapeutica", a declarat un homeopat (Charette).

Terapia homeopatică trebuie concepută ca o completare a celei alopatice și nu ca o alternativă contradictorie.

Pe de altă parte, trebuie admis că numai un bun medic clinician (alopat) ar putea să devină un bun homeopat, care să știe să pună diagnosticul corect și să selecteze, în mod înțelept, indicațiile terapeutice dintr-un domeniu sau altul.

229) HOFF F. — Tratamentul bolilor interne, Ed. Welther, Sibiu, 1943, p. 451.

Scanned with CamScanner

Încheiem, reproducînd o recomandare a profesorului A. Lacassagne (citat în cartea lui T. Caba) :

„Nimeni dintre noi nu va aduce un prejudiciu medicinii, dacă se va declara adept al acupuncturii sau al homeopatiei. Înainte de toate, orice medic trebuie să respecte jurămîntul de slujitor al sănătății, să cunoască atît metodele terapeutice antice, cît și cele moderne".

Scanned with CamScanner

VI.

Viitor în medicină

72.
Prognoza în medicină prin metoda Delphi

Din cele mai îndepărtate timpuri, prezicerea viitorului a constituit o preocupare de seamă a oamenilor și popoarelor, sub variate forme, cel mai adesea ca profeții. O formă deosebită de consultare a viitorului, care a rămas celebră, a apărut la vechii greci : școala de profeții sau oracolul de la Delphi. Situat în Phocida, pe versantul sud-vestic al muntelui Parnassus și constituit dintr-un ansamblu de temple, acest centru al prognozei din antichitate a fost în floare în secolele VII—IV î.e.n. În templul consacrat lui Apollo, o femeie prezicătoare, Pythia (preoteasa lui Apollo) răspundea la întrebările cu privire la viitor (inclusiv la acțiunile de întreprins în viitor), murmurînd cuvinte ininteligibile, care erau apoi interpretate de un grup de preoți, specialiști în problemă.

Cu acest nume, *metoda Delphi,* s-a elaborat în ultimii ani o metodă științifică de prognoză, prin interogarea mai multor specialiști, după un anumit sistem (metodă inițiată de firma Rank Co., din S.U.A.).

În această metodă, pe care o redăm după Geschko (1), se pornește de la următoarele premize :

— Este posibil de a elabora prognoze ale viitorului, bazate pe opiniile intuitive ale mai multor specialiști (experți), în domeniul supus prognozei. Se consideră, pe bună dreptate, că experții în specialitatea respectivă cunosc și prevăd cel mai bine dezvoltarea în specialitatea lor.

— Opiniile respective culese sînt apoi colecționate și sistematizate, urmărindu-se eliminarea elementelor subiective, a influențelor secundare.

În acest scop, metoda Delphi introduce *respectarea anonimatului fiecăruia,* ceea ce permite o exprimare liberă, sinceră, fără a suferi influența unor factori psihologici și sociologici ale discuțiilor

1) GESCHKO H. — Delphi, — ein Orakel ? *Plus,* R.F.G., 1971, *1,* 49.

Scanned with CamScanner

în grup, ca : respectul față de opiniile celor mai în vîrstă sau jena de a nu contrazice și indispune pe ceilalți.

Ancheta se desfășoară în mai multe „runde" (de obicei patru), după ce s-a ales un număr de 5—10—15 experți. În anumite situații, se pot consulta și cîteva sute.

I. Toți aceștia sînt rugați să răspundă în scris la un chestionar cu întrebări : care sînt progresele mai importante, considerate ca fiind posibile să se realizeze în domeniul specialității respective pînă — spre exemplu — în anul 2000 ? Datele obținute sînt apoi înregistrate.

II. În a doua rundă, se pune întrebarea : în ce an credeți că vor avea loc evenimentele specificate ?

Datele obținute sînt prelucrate pentru fiecare eveniment stabilindu-se *valoarea mediană* a răspunsurilor și cifrelor furnizate de experți (din totalul valorilor date : 50% în sus și 50% în jos). Se stabilește valoarea *cuartei superioare* și a celei *inferioare*.

III. În a treia rundă, se face o reinformare a experților consultanți asupra rezultatelor prelucrate, cu tendința predominantă a răspunsurilor. Experții sînt rugați ca, în lumina acestor rezultate, să facă o nouă estimare.

Cei care s-au înscris în afara valorii mediane a răspunsurilor, cu 50% în plus sau în minus, sînt rugați să fundamenteze opiniile exprimate.

IV. În a patra rundă, toți participanții sînt reinformați asupra rezultatelor obținute și sînt rugați a formula, în lumina rezultatelor și a motivărilor comunicate, o nouă estimare.

În acest mod, se așteaptă ca cei care s-au îndepărtat de la media majorității să se apropie de această opinie prin noi reflecții.

Rezultatul final exprimă o previziune, datorată unui grup de experți, a unor opinii autorizate.

Ceea ce este nou, metodologic, în sistemul Delphi este *reinformarea repetată*, ceea ce permite (1) :

— posibilitatea de orientare după opiniile medii ;

— o revizuire a punctelor de vedere, în funcție de celelalte opinii, fără o știrbire a prestigiului personal ;

— în final, o convergență a variatelor puncte de vedere.

În ultimii ani, prognoza, îndeosebi aceea prin metoda Delphi, s-a aplicat în variate domenii ale activității umane, în vederea elaborării unor decizii optime pentru viitor. Deosebit de necesar, a apărut prognoza în domeniul sănătății publice, a medicinii în general. Ca urmare, numeroase anchete de acest tip s-au efectuat în variate probleme ale medicinii, atît în țările socialiste, cît și în cele capitaliste. Un exemplu ale acestor preocupări l-a constituit

Scanned with CamScanner

„Simpozionul Internațional asupra Prognozei în Științele Medicale" (Moscova, 1970).

S-a apreciat, cu această ocazie, că: „planificarea sănătății publice necesită o evaluare cît mai precisă a influenței celor mai noi realizări în domeniul științelor medicale, a realizărilor științei în domeniile conexe, precum și a tehnicii noi" (2).

Astfel, prognoza și planificarea apar ca două etape indisolubile ale procesului de conducere, o elaborare de autoplan pe variante de modele ale fenomenului analizat (2). Pe baza prognozei, devine posibilă și concentrarea resurselor materiale și de muncă în direcțiile de importanță majoră ale sănătății publice, stabilind căile posibile pentru soluționarea realistă a problemelor.

Redăm cîteva dintre problemele supuse rezolvării prin prognoză, discutate la suscitatul simpozion (3):

— Prognoza morbidității și a cazurilor de deces, cu stabilirea tendințelor viitoare.

— Prognoza rezultatelor combaterii anumitor boli ca, spre exemplu, cancerul, pe baza opiniilor specialiștilor.

— Prognoza factorilor de mediu și a influenței lor asupra sănătății publice.

— Prognoza necesarului de asistență medicală (inclusiv a forțelor de muncă) și a satisfacerii nevoilor viitoare.

— Prognoza dezvoltării științei medicale.

În țara noastră, prognoza a primit, de asemenea, o deosebită atenție. Astfel, în 1971, a fost înființată o comisie centrală, precum și comisii pe ramuri de activitate și pe probleme de profil teritorial, pentru stabilirea prognozei dezvoltării în evoluția social-economică a țării, pornind de la legile obiective ale dezvoltării sociale, la realizările concrete ale țării noastre și tendințele revoluției tehnico-științifice pe plan mondial. În presa cotidiană și în reviste, au apărut numeroase articole lămuritoare privind prognoza, ca o cerință la ordinea zilei (4). Menționăm, de asemenea, că „A III-a Conferință Mondială de Studiere a Viitorului" a avut loc la București între 3 și 10 septembrie 1972.

Ca urmare, în ultimii ani, s-au efectuat numeroase studii de prognoză, care au servit pentru elaborarea planului cincinal următor.

2) POPOV G. A. — Legătura între prognoză și planificarea în cadrul sănătății publice. Simpozionul Internațional asupra Prognozei în Științele Medicale, Moscova, 1970.
3) OTTO W. — Metodele de prognoză și aplicarea lor în domeniul ocrotirii sănătății. Simpozionul Internațional asupra Prognozei în Științele Medicale, Moscova, 1970.
4) CAZACU T. — Prognoza, investigația viitorului, cerință la ordinea zilei, *Scînteia,* 19.I.1972.

Scanned with CamScanner

În contextul acestei variate acțiuni, a activat și *comisia pentru problemele ocrotirii sănătății și asistenței sociale,* cu mai multe subcomisii. În acest cadru, au apărut numeroase studii de prognoză, ca :

— prognoza necesarului de medici în R. S. România ;
— prognoza în domeniul morbidității prin boli infecțioase ;
— model matematic privind prognoza mortalității etc.

Cu ajutorul sistemului de anchetă Delphi, se pot elabora și alte studii cum ar fi : prognoza cercetării științifice medicale ; necesarul de medicamente în anul ce urmează ș.a.m.d.

În Franța, revista *Médecine praticienne,* a publicat în mai multe numere (din anul 1972) o mare anchetă intitulată : „La médecine d'ici l'an 2000" (5). În S.U.A., s-au efectuat numeroase studii cu metoda Delphi, ca : viitorul învățământului medical, ancheta Bender pentru perioada 1978—1983 și altele (6)(7).

Unele reflecții asupra studiilor de prognoză

Mulți specialiști exprimă rezerve asupra posibilităților reale predictive ale diferitelor metode de prognoză.

Astfel, se reproșează metodei Delphi faptul că, în multe din aceste anchete, se pleacă de la datele prezente, cu extrapolări ale cunoștințelor actuale (7). Este greu de prevăzut o nouă invenție, un anumit nou medicament sau de prevăzut o calamitate sau o criză ! Acestė rezerve au făcut pe unii să propună un studiu Delphi asupra metodei Delphi (7).

Se mai reproșează unor prognoze și anumite tendințe extreme, de la un *optimism necritic* la un *pesimism inactiv* (8). Astfel, în medicină, aproape toate prognozele sînt optimiste. În schimb, în domeniul tehnic și social, unele studii de prognoză, făcute în țările din Occident, s-au arătat foarte pesimiste, mai ales cu privire la viitorul dezvoltării, cum a fost raportul „Limitele creșterii" (creșterea „zero"), elaborat de „Clubul de la Roma", în mod just criticat la timpul său. Specialiștii din acest club, care ulterior au mai elaborat și alte rapoarte („Omenirea la răspîntie" și „Nu încetăm

5) * * * — La médecine d'ici l'an 2000, *Méd. Practicienne,* 1972.
6) MILHOLLAND A. V. și colab. — Assesment by a Delphi group opinion technique, *New Engl. J. Med.,* 1973, *288,* 1 271.
7) INGELFINGER J. E. — Medical Delphinisation, *New Engl. J. Med.,* 1975, 292.
8) PAVEL A. — De la „limitele creșterii" la „creșterea organică", *Era Socialistă,* 1975, 4, 50.

Scanned with CamScanner

să învățăm"), au totuși meritul de a fi dat un semnal de alarmă, cu privire la unele tendințe ale economiei mondiale.

În țările din Occident, continuă să apară un mare număr de lucrări cu tematică „viitorologică", privind mai ales viitorul social, căutînd să descifreze imaginea societății de mîine. Din păcate, aceste studii conduc, de regulă, la false soluții, reducînd totul la soluții tehnologice, ca în lucrarea „Puțin este frumos. O societate pe măsura omului", de E. F. Schumancher (1978), sau cu privire la dezvoltarea social-economică, prin efectuarea de prognosticuri foarte pesimiste („Mitul dezvoltării", „Eșecul dezvoltării"), criticate în mod justificat în reviste de specialitate (9)(10).

Există însă și preocupări serioase și realiste de sondaj al viitorului. Astfel, bazați pe folosirea informaticii, poporul japonez studiază cu pasiune viitorul, în dezbateri făcute la televiziune, în ziare, seminarii și conferințe, făcînd prognoze și contraprognoze. Așa cum remarca Alvin și Heidi Toffler, prin aceste studii, la care participă o mare parte a populației, *„poporul japonez așteaptă schimbarea, se acomodează din timp cu ea și fac tot ce le stă în putință, pentru a se apăra de perturbările care pot apărea, în urma schimbării, de orice șoc al viitorului* (11).

Un bun exemplu de studiu aplicativ al viitorului.

73.

Computere în medicină: prezent și prespectivă

Au trecut mai mulți ani de la introducerea în medicină a computerelor (ordinatoare, calculatoare electronice) și, din cînd în cînd, apare justificată o evaluare a rezultatelor utilizării acestora, precum și a perspectivelor, care se conturează. În acest scop, au apărut periodic articole în revistele medicale, inclusiv în țara noastră (12)(13)(14). În cadrul unor simpozioane de informatică

9) BOTIȘ GH. — False alternative ale viitorului social, *Era Socialistă*, 1980, 11, 49.
10) COSTEA ST. — Controverse asupra viitorului social, *Era Socialistă*, 1981, 9, 45.
11) TOFFLER A., TOFFLER H. — Secretul japonez sau poziția față de viitor (Articol reprodus în *Contemporanul*).
12) VOICULESCU M. — Introducerea computerelor în medicină, *Viața med.*, 1971, 18, 20, 914.
13) VOICULESCU M. — Ordinatoarele în medicină. Prezent și perspectivă, *Viața med.*, 1979, 26, 10, 433.

Scanned with CamScanner

medicală, organizate în ultimii ani la Cluj-Napoca, Oradea, Călimănești, au fost analizate importante aspecte teoretice și aplicative ale utilizării computerelor în medicină, iar Centrul de calcul și statistică sanitară al Ministerului Sănătății a trecut, încă din 1979, la organizarea sistemului informatic al ramurii ocrotirii sănătății (14).

Despre necesitatea computerelor în medicină

Este evident că medicina — în general — și practica medicală — în special — nu puteau să se rezume, mai departe, la vechile lor resurse tehnice de altădată, simpliste și slabe ca eficiență. Ca un exemplu, să ne amintim cît de anacronică și desuetă devenise, în cadrul programului tehnic al ultimelor decenii, vechea imagine a medicului practician de altădată, care înarmat cu mica sa trusă de instrumente și cu sfaturile sale de consolare pe marginea patului bolnavilor, asista neputincios la evoluția implacabilă a multor boli.

Pe de altă parte, medicul a devenit astăzi din ce în ce mai solicitat de volumul crescut al documentării medicale, de extinderea continuă a cererilor de asistență medicală, de vaste acțiuni de teren cu caracter profilactic, de complicate operațiuni statistice, de rezolvarea cît mai rapidă și precisă a unor diagnostice dificile.

După cum se exprima un autor, avem de rezolvat „dificila problemă a menținerii unei înalte competențe a medicului, în fața expansiunii continue a cunoștințelor medicale, care tinde să lărgească progresiv breșa dintre ceea ce un doctor trebuie să știe și ceea ce el poate să rețină și să utilizeze (15). O astfel de „breșă", între ceea ce oferă, tot mai consistent și bogat, cercetarea științifică și progresul tehnic actual și ceea ce un medic poate să aplice în practică a devenit o realitate, dar care nu trebuie lăsată să ia proporții.

De aceea, o înaltă menire a ordinatoarelor în medicină rezidă tocmai în faptul de a face să dispară această breșă și a crește totodată considerabil randamentul tehnic al medicinii prin utilizări cît mai variate.

14) MUREȘANU P. — Procent cadru al sistemului informatic al ramurii ocrotirii sănătății, *Viața med.*, 1979, 26, 10, 471.

15) SCHWARTZ W. — Medicine and the computer, *New Engl. J. Med.*, 1970, 283, 1 257.

Scanned with CamScanner

Priorităţi de aplicare

Domeniile de aplicare a ordinatoarelor în medicină sînt multiple. În articolul publicat de P. Mureşanu (14), se precizează o serie de priorităţi de aplicare în informatica medicală. În primul rînd, autorul situează aplicările în cercetarea ştiinţifică medicală, pentru cunoaşterea sănătăţii populaţiei, cunoaşterea fenomenelor biologice, legate de adaptarea omului la viaţa modernă, prevenirea îmbolnăvirilor, prelungirea duratei active a vieţii omului, testarea metodelor noi de tratament şi de recuperare.

Un alt domeniu prioritar de aplicări priveşte punerea informaticii în *slujba fundamentării deciziilor organelor centrale, judeţene şi locale ale ocrotirii sănătăţii :* optimizarea asistenţei sanitare, stabilirea necesarului de asistenţă medicală, prognoză şi planificare etc., prin alcătuirea unei „bănci de date". Într-adevăr, computerele pot stoca cantităţi vaste de informaţii, care pot fi apoi reluate şi programate pentru a fi calculate, fără nici o oboseală.

În acelaşi sens, ordinatoarele pot servi pentru cercetări epidemiologice, studiul imunităţii populaţiei (serograme), previziunea de epidemii, strategia şi tactica vaccinărilor.

De asemenea, computerele pot fi folosite pentru a organiza şi întreţine „registre" naţionale şi judeţene, pentru anumite boli mai răspîndite, pentru a avea o evidenţă permanentă şi la zi a acestor boli (diabet, hepatite cronice, tumori etc.).

Pe un alt plan, computerele pot fi folosite în *conducerea unităţilor sanitare, prin efectuarea acelor „operaţiuni gospodăreşti" ale spitalelor mari,* atît de migăloase şi complexe, privind : gestiunea medicală şi administrativă, evidenţa stocurilor de medicamente şi de alte produse, planificarea şi distribuirea resurselor, sortarea fişelor de observaţie, programarea bolnavilor pentru analize etc. Utilitatea ordinatoarelor pentru rezolvarea problemelor de economie sanitară este considerabilă.

Tot în acest proiect de priorităţi în informatica medicală se situează alcătuirea unui *fişier automat al stării de sănătate* al unei populaţii, supuse unor riscuri deosebite (acţiuni de triere, tip „screening", fişierul donatorilor de sînge, fişierul automat pentru imunizări).

Înregistrarea de informaţii ştiinţifice medicale, culese din sutele de mii de articole, care apar anual, depozitarea lor şi apoi livrarea lor la cerere, constituie un alt exemplu de aplicare a computerelor.

Scanned with CamScanner

Computerele în spital

În ultimul deceniu (1970—1980), s-au descoperit mai multe aplicări ale computerelor în activitatea spitalelor.

Dintre acestea, de o importanţă epocală, s-a arătat a fi *tomografia axială computerizată* (scanner C.A.T.), considerată drept cel mai mare progres tehnic în diagnosticul radiologic, de la descoperirea razelor X de către Röntgen (16). Aplicarea acestei tehnici în neurologie a revoluţionat diagnosticul leziunilor intracraniene, evidenţiind cele mai mici leziuni sau tumori intracraniene.

Tomografia computerizată, această tehnică „neinvazivă", s-a dovedit tot atît de utilă şi în alte explorări ale organismului uman, oferind imagini superbe, în secţiuni, ale acestuia. În prezent, această tehnică (al cărui singur defect este acela de a fi foarte costisitoare) a fost introdusă în 2 spitale din Bucureşti.

Alte aplicări spitaliceşti ale computerelor sînt :

— Monitorizarea parametrilor bolnavilor gravi în secţiile de terapie intensivă, precum şi în anestezie (automatizarea integrală a anesteziei şi supravegherea acesteia prin ordinator).

— Automatizarea laboratorului de chimie prin : „auto-analizatori multiplex", racordaţi la un ordinator electronic.

— Interpretarea automată a E.C.G. şi E.E.G. (într-un ritm mai rapid decît se face curent).

— Analiza valorii datelor statistice (prelucrări statistice).

— Solicitarea de informaţii toxicologice pentru diagnosticul şi tratamentul rapid al intoxicaţiilor acute (date furnizate de un centru toxicologic).

— Consultarea, pentru precizarea de incompatibilităţi medicamentoase.

Computerul în diagnosticul bolnavilor

O problemă disputată priveşte utilizarea calculatoarelor electronice pentru diagnosticul bolnavilor : cum şi cît pot ajuta medicul ? O interesantă analiză a acestor posibilităţi a fost făcută recent de W. Card (17). Acesta consideră utilizarea computerului ca o colaborare de parteneri *(partnership)* între medic şi computer. Ce pot să ofere computerele ? „Ele pot stoca cantităţi imense de informaţii, pe care apoi le pot livra rapid la cerere ; ele

16) RELMAN A. — CAT Scannes conferning „The greates benefit on mankind", *New Engl. J. Med.*, 1979, 301, 1 062.

Scanned with CamScanner

nu obosesc ; ele pot fi programate pentru a calcula". Iar puterea lor de calcul este formidabilă.

În schimb, medicul clinician are o calitate particulară, mult mai complexă, o calitate umană care cere și o anumită calificare, și pe care autorul o denumește *pattern recognition* (recunoașterea dintr-o dată a unui model, a unui eșantion), prin procesul cerebral de selectare, determinat de auz, văz sau miros, ceea ce un computer nu ar putea-o face. Astfel, un medic calificat poate pune un diagnostic sigur în cîteva secunde, recunoscînd o simptomatologie similară al unui alt caz, văzut cu zeci de ani înainte.

În concluzie, autorul pledează pentru o utilizare, în colaborare, a calităților umane de diagnostic ale clinicianului (dintre care aceea citată este numai una) și calitățile computerului, căruia trebuie să-i lăsăm estimarea posibilităților și calculul inferenței (al deducției) pentru diagnostic (17).

Se pot cita exemplificări numeroase de aplicări ale ordinatorului în diagnosticul clinic. Astfel, revista *Journal of Infectious Diseases* a publicat, în mai multe numere din anii 1975 și 1976, diagnosticul și tratamentul bolilor exotice *prin sistemul algoritm* (strategia diagnosticului și tratamentului printr-o secvență specifică logică, cu ajutorul unui computer digitalic) (18). Un alt exemplu îl constituie modul cum asociația americană de reumatologie a fixat criteriile de diagnostic ale bolii lupice (LED), prin analiza computerizată a datelor obținute de la 700 de bolnavi. Din 57 simptome și semne cercetate, 14 au fost găsite constant, stabilindu-se în final, că pentru un diagnostic sigur, sînt suficiente a fi prezente 4 din aceste semne și simptome constante.

De asemenea, a dat bune rezultate utilizarea computerelor în diagnosticul unor boli, ca : boli congenitale ale cordului, boli de sînge, boli ale tiroidei, intoxicații acute, sindroame rare, analize cromosomiale, aritmii cardiace etc.

Utilitatea diagnosticului prin computer a rezultat și din utilizarea acestuia în lectura electrocardiogramelor și punerea în evidență a modificărilor lor patologice. O evaluare făcută pe 1 460 de electrocardiograme de autori japonezi (19), folosind un computer

17) CARD W. — The computer, the clinician and the future, *Practitioner*, 1978, 220, 431.
18) GROVE D. și colab. — Algorithms in the diagnostic and management of exotic diseases VII Trichinosis, *J. Infect. Dis.*, 1975, 132, 485.
19) ENDOU K., MIYAHARA H., SATO T. — Clinical usefullness of computer diagnosis in automated electrocardiography, *Cardiology*, 1980, 66, 174.

Scanned with CamScanner

(Bonner I — Programm), *a arătat că în 84% din cazuri diagnosticul pus de computer a fost corect* (față de diagnosticul final, elaborat prin citirea uzuală de către cardiologi). Utilitatea computerului, în acest domeniu, a fost apreciată de autori mai ales de ordin economic, pentru spitalele cu un număr foarte mare de electrocardiograme de interpretat.

Unele aspecte negative ale utilizării computerelor în clinică

Recunoscînd marile merite ale utilizării computerelor în clinică, pentru diagnostic și tratament, timpul pe care-l economisesc medicului (20), eliberarea de sarcini de rutină și plicticoase, trebuie totuși să nu se piardă din vedere unele aspecte negative ale conlucrării cu computerele.

— În primul rînd, este vorba de exactitatea și precizia datelor, care se introduc în computer, așa cum sînt culese de medic și programate de acesta, și de care depinde calitatea rezultatelor obținute. Dacă se introduce în computer o inexactitate, o nerozie, nu va ieși decît o altă nerozie, dar care, fiind trecută prin calculator, apare astfel înnobilată și nimeni nu mai îndrăznește să o critice ! Faptul că un autor declară că „datele au fost analizate prin computer" nu implică și garanția de calitate a acestor rezultate : „garbage in, garbage out" (gunoi pui, gunoi iese) (21). Contează deci și aici calitatea medicului, a corectitudinii culegerii datelor și a terminologiei corecte.

— Trebuie să avem în grijă ca, printr-o automatizare excesivă, să nu fie tulburate relațiile medic-bolnav, atît de delicate de analizat și condus, neglijînd psihologia bolnavului și apropierea umană, care caracterizează pe adevăratul clinician. Acel *clinical approach* nu trebuie să fie înlocuit printr-o medicină depersonalizată, în care pacientul să aibă impresia că a fost lăsat total pe mîna calculatoarelor electronice.

— Actul final, de decizie, *trebuie să rămînă un act uman*, diagnosticul fiind stabilit și comunicat de medic și nu de mașină.

— Se ridică și importante aspecte de responsabilitate deontologică și medico-legală. Este vorba de viața și sănătatea unui om. Dacă greșește calculatorul, cine răspunde ? În studiul citat mai

20) SCHOOLMAN M., BERNSTEIN M. — Computer use in diagnosis, prognosis and therapy, *Science*, 1978, 200, 926.
21) DE JONG R. — Computer, crutches, *J. Amer. med. Ass.*, 1978, 240, 1 176.

Scanned with CamScanner

înainte, al interpretării electrocardiogramelor prin computer, acesta a făcut erori în 16% din cazuri. Îndeosebi, au fost trecute cu vederea diagnostice importante, ca : infarctul miocardic, hipertrofia de cord stîng și sindromul W.P.W. (19).

— Se ridică și unele probleme de confidență, de secret medical. Pot fi încredințate unui computer unele date confidențiale și cine răspunde de păstrarea lor ?

— O altă problemă este aceea economică. Trebuie *calculată bine corelația cost-beneficiu*, pentru a fi acceptabilă din punct de vedere economic. Un medic calificat poate pune un diagnostic de boală eruptivă, aproape instantaneu, în timp ce, trecut prin computer, un astfel de diagnostic poate să coste foarte mult. Viitorul prin computere, deși foarte luminos, poate fi și foarte costisitor ! (22). Este adevărat că, în prezent, se construiesc computere din ce în ce mai mici (minicomputere), mai simple, mai rapide și mai ieftine, ceea ce le va permite să joace un rol tot mai mare în asistența sanitară (20).

Concluzii și perspective

Unii medici și publiciști s-au exprimat în sensul că introducerea computerelor în medicină ar conduce treptat la înlocuirea și desființarea medicului. Nimic mai inexact, așa cum rezultă din experiența de pînă acum și din perspectivele care se conturează.

Computerul este menit să ajute medicul în munca sa, ca un auxiliar de mare valoare în echipa sa de lucru, fără a-l putea vreodată înlocui. Așa cum am mai spus, decizia finală rămîne și trebuie să fie umană și nu a computerului.

Mai mult, medicul fiind ușurat de calcule și determinări obositoare și consumatoare de timp va avea mai multă vreme să gîndească și să judece, să fie clinician. După cum se exprimă și Card (17) : „Computerul nu va duce la moartea medicinii clinice ; el va duce la renașterea acesteia".

Unele evaluări recente sînt însă mai pesimiste, cu privire la viitorul computerelor în spitale (23)(24). Astfel, sînt păreri că, în practica clinică, computerele au avut puțin impact și nu direct (Blackburn, 1981). Deși, în unele țări, pînă în 1977, 50% din spitale și-au instalat sistemul informațional prin computere, doar 20% din medici le folosesc (24). După alți autori, care au făcut un

22) GILBERT D. — What possible use can computers be to medicine. *Arch. intern. Med.*, 1971, 127, 96.

Scanned with CamScanner

studiu pe 32 de sisteme de computere, instalate în decurs de 5 ani, s-a constatat că jumătate din computere au fost abandonate sau temporar oprite și numai 19% erau în activitate de rutină. Cauze : insuficiențe tehnice, valoare clinică marginală, raportul cost-beneficiu necorespunzător. Într-un spital din California, 42% din medici au cerut ca sistemul informațional prin computere să fie deconectat, deoarece conducea la un mare grad de alienare (23).

În general, clinicienii consideră diagnosticul și selecția terapiei ca intim asociată cu sensul nevoilor și valorilor umane, și nu dictate de mașină.

Ce recomandări se pot face ?

Se consideră că viitorul computerelor în medicină depinde numai de medici. În acest scop :

— Trebuie mai bine lămurite *resursele,* pe care le oferă computerul pentru clinician.

— Personalul medical trebuie *pregătit în informatică.* Așa cum se exprimă P. Mureșan în articolul său (14), trebuie să formăm gîndirea întregului personal sanitar, pentru a cunoaște informatica, ceea ce va permite un salt calitativ în rezolvarea teoretică și practică a marilor probleme din domeniul sanitar. În acest sens, manifestările științifice de informatică medicală și de cibernetică în medicină trebuie să fie mai bine utilizate, începînd chiar din activitatea studențească (așa cum s-au organizat în cadrul I.M.F.-București de către I. Stoichiță).

— Trebuie ca medicii să se obișnuiască cu *limbajul special din informatică și cibernetică,* prin publicarea de articole lămuritoare, convingătoare, precum și a unui glosar de termeni.

— Este necesar să se formeze un *curent de opinie, în favoarea calculatoarelor electronice în medicină,* cu atît mai mult, cu cît — tehnic — se realizează calculatoare tot mai simplificate și mai ieftine, ceea ce va rezolva și problema rentabilității.

— Trebuie prevăzute măsuri de *prevenire* a „alienării" îngrijirii medicale printr-o „computerizare" excesivă a acesteia, iar în procedurile de decizie să fie încorporate nevoile particulare ale pacienților, *decizia finală urmînd să fie umană și formulată numai de medic.*

În acest spirit, ordinatoarele vor continua să ocupe un loc important în spitale și vor promova, neîndoielnic, calitatea asistenței medicale.

23) FOX J. — Development of hospital computing, *J. roy Soc. Med.*, 1979, 72, 425.

24) JAY S., ANDERSON J. — Computerized hospital information systems: their fature in medicine, *J. roy Soc. Med.*, 1982, 75, 303.

Scanned with CamScanner

Progresele în genetică și medicina viitorului

Genetica reprezintă pentru cercetarea biomedicală unul din domeniile cele mai fertile, pentru noi descoperiri în perspectivă și aplicări medicale importante. Pentru marele public, reprezintă o sursă de informații senzaționale, mai ales anumite noțiuni, pînă de curînd de domeniul ficțiunii, ca : *manipularea genetică*, sau *ingineria genetică*.

După cum se știe, „demarajul" geneticii a fost lent. Legile descoperite în secolul trecut de Gregor Mendel au rămas uitate timp de 35 de ani, pentru a fi reluate, către 1900, de H. de Vries, C. Correns și E. Tschermak. Termenul de *genetică* a fost creat în 1906 de W. Bateson, care a definit-o ca știința eredității. Tot el, a creat și termenii : *homozigot, heterozigot* și *alele* (forme alterne ale unei gene, care apar pe același *locus* pe cromozom). Acești termeni s-au adăugat la acela de *genă* (unitatea biologică a eredității, „o particulă materială, bine individualizată și diferențiată în structura masei ereditare, care condiționează manifestarea uneia sau mai multor caractere și însușiri") și la alți termeni de specialitate. Treptat, s-a dezvoltat, ulterior, pe măsura progresului acestei științe, un vocabular special al geneticii, care — sub forma unui *glosar* — s-a publicat adesea în revistele medicale, pentru a fi cunoscut și înțeles de cititori (25)(26).

În ultimii ani, *genetica moleculară* și *genetica clinică* au luat o dezvoltare considerabilă, avînd un larg răsunet, cu consecințe nu numai pur clinice, dar și pentru sănătatea publică. Organizația Mondială a Sănătății, considerînd ca foarte necesară contribuția geneticii umane pentru obținerea sănătății pentru toți oamenii, a întrunit periodic grupe de experți, ale căror lucrări au fost publicate în mai multe rapoarte tehnice între 1969 și 1983 (Consultația genetică, Rolul factorilor genetici în malformațiile congenitale, Prevenirea și tratamentul bolilor genetice etc.) (27).

25) ROSENBERG L., KIDD K. — HLA and disease susceptibility : a primer, *New Engl. J. Med.*, 1977, 297, 1 060.
26) FATHMAN G. C. — HLA and disease associations, *Mayo Clin. Proc.*, 1978, 53, 820.
27) * * * — Contribution de la génetique humaine a l'instauration de la santé pour tous, *Chronique O.M.S.*, 1982, 36, 195.

Scanned with CamScanner

Direcţiile de cercetare în genetică, cu mare importanţă practică

Pe primul plan, se situează *inventarierea bolilor genetice* (28), al căror număr se apreciază la 1 500—3 000 şi *elucidarea mecanismului de producere*, în vederea prevenirii sau cel puţin a depistării lor precoce. Se apreciază că tributul lor global, pentru sănătatea lumii este enorm, *3—5% din populaţia ţărilor dezvoltate fiind afectată de boli genetice* (27). Numărul mare al bolilor genetice se explică prin diversitatea extraordinară a fiinţelor umane, din punct de vedere genetic, ceea ce creează reacţii foarte diferite din partea acestora faţă de medicamente, de agenţi microbieni şi de alimentele pe care le absorb (alergii sau intoleranţe condiţionate genetic). Unele din aceste defecte genetice afectează un mare număr de oameni, aşa cum sînt *hemoglobinopatiile*, cunoscute şi cu numele de *anemii ereditare: talasemia* şi *anemia cu hematii falciforme* (sickle-cell anemia), de care suferă milioane de oameni, iar 1% din copiii din unele ţări mor din această cauză (27). Sînt apoi numeroase boli neurologice ereditare, ca: distrofia de tip muscular Duchenne, acondroplazia, sindromul Down, boli metabolice fenilketonuria, boala celiacă, favismul, intoleranţa la lactoză etc.), boala Tay-Sachs, hemofilia, polipoza colonului etc.

Acestea sînt boli pur genetice. Se apreciază, însă, că în fiecare boală există o *componentă genetică* (29), cu o participare mai mult ori mai puţin restrînsă (schizofrenia, diabetul, hipertensiunea arterială etc.).

O altă direcţie de cercetare vizează *elucidarea rolului geneticii* în determinarea *constituţiei*, a „terenului", ca factor predispozant în apariţia bolilor, ori a determinării evoluţiei acestora, ceea ce a constituit unul din visurile sau, mai bine zis, unul din „coşmarurile" medicinii. Miile de gene, care controlează „constituţia", ca dezvoltare şi ca funcţie, reprezintă un mecanism extrem de complicat, una din problemele dificile de rezolvat ale medicinii. Se pare că anumite antigene din sistemul HLA (sistemul de histocom-

28) Pentru precizări de terminologie: Caracterul *genetic* (ereditar) al unei boli nu trebuie confundat cu noţiunea de *congenital*, care înseamnă numai prezenţa la naştere, fără o legătură etiologică obligatorie. Astfel, coreea cronică (familială) Huntington este o boală genetică, dar nu congenitală, în timp ce embriopatia rubeolică este o congenitală, dar nu genetică.

29) CARTER O. C. — Genetics in the ethiology of disease, *Lancet*, 1969, I, 1 014.

Scanned with CamScanner

patibilitate majoră) se comportă ca buni markeri genetici, pentru a elucida predispoziția la anumite boli (30).

O altă direcție de cercetări se situează și în genetica moleculară, cu obiective mult mai ambițioase, prin introducerea unei gene străine într-o celulă (bacterie), prin intermediul unei plasmide, a unui bacteriofag, obținîndu-se un nou *genotip*, printr-o modificare completă a celulei respective. O astfel de celulă, de exemplu un colibacil, poate fi făcut capabil să producă ceea ce dorim : un hormon, insulină, antigene necesare pentru anumite vaccinuri, gamma-globuline. Este domeniul care aparține ingineriei genetice, al manipulării genetice, care a provocat dezbateri aprinse de etică, în ceea ce privește direcția cercetărilor : pentru obținerea de produse biologice utile omului sau — în sens rău — pentru crearea de noi microorganisme monstruoase, rezistente la antibiotice sau cu patogenitate nouă pentru om.

S-a pus problema ca astfel de cercetări să fie supuse unor conferințe internaționale, unui control etic internațional.

Pe un alt plan, mijloacele moderne de investigație din ingineria genetică au facilitat cunoașterea structurii eredității (a cromozomilor, a genelor) și au permis demonstrarea materialității lumii vii, a faptului că ereditatea are un substrat material (31).

Metode de luptă împotriva bolilor genetice

După experții O.M.S. (27), măsurile de luptă împotriva bolilor genetice pot fi : *primare* : (prevenirea totală a unei concepții cu risc de boală genetică) și *secundare* (măsurile care se mai pot lua după concepția unui făt sau după nașterea unui copil cu defect genetic, prin diagnostic precoce, unele măsuri terapeutice, măsuri de adaptare).

În *profilaxia primară*, se poate realiza *prevenirea mutațiilor* și a *efectelor mutagene*, prin împiedicarea apariției de erori în replicarea ADN, provocată de variați agenți chimici sau fizici, cum sînt *radiațiile ionizante* (în practică expunerea la raxe X fără protecția gonadelor). Se consideră că trebuie ținut seama mai mult de riscurile pe termen lung (tulburări recesive), atît pentru populație, cît și pentru personalul medical de specialitate.

30) DAUSSET J. — La predisposition aux maladies, *Nouvelle Presse méd.*, 1980, 9, 3 597.

31) RAICU P. — Materialitatea lumii vii și ingineria genetică, *Scînteia*, 1982, (10 noiembrie).

Scanned with CamScanner

O altă metodă este recurgerea la *sfatul genetic*, în care se evaluează *gradul riscului de defect genetic și natura acestui risc*. Decizia se ia pe baza informației date de genetician și acceptarea părinților, care cer consultul (32), ținînd seama de predispoziția genetică, după anumite clasificări. Astfel :

— afecțiuni dominante ;
— afecțiuni recesive autosomice ;
— afecțiuni recesive legate de cromozomul X.

Diagnosticul genetic prenatal

În prezent, a devenit posibil, iar în viitor și mai mult, diagnosticul exact al unor defecte genetice prin *amniocenteză*, cu extragerea de lichid amniotic, examinat apoi pentru aspectul celulelor fetale și prin teste biochimice. Există și alte metode, ca : puncția directă a vaselor sanguine ale fătului sau ale placentei, embrioscopia de contact și fetoscopia (metode de uz rar).

Teoretic, *examenul celulelor amniotice* ar trebui să permită diagnosticul oricăror perturbații genetice, ținînd seama că fiecare celulă este purtătoare a totalității materialului genetic (27). Prin tehnici noi, fondate pe *analiza ADN*, se pot detecta boli, care țin de modificări ale celulelor sanguine sau nervoase.

În acest mod, pot fi decelate : anemia cu celule falciforme (trepanocitoza, sickle-cell anemia) și talasemiile (frecvente în Cipru, 7% din populație, și în Grecia). De asemenea, pot fi detectate boala Tay-Sachs, mucoviscidoza, galactozemia, hemofilia, aberațiile cromozomice, ca : trisomia 21 (sindromul Down), sindromul Turner (absența cromozomului X, sexual, cu nașterea de fete sterile, cu gît îngroșat), sindromul Klinefelter (băieți cu cromozom X suplimentar, slab dezvoltați sexual și sterili), băieți cu 3 cromozomi sexuali (XYY) etc.

Folosind *amniocenteza*, pe 2 404 gravide, un centru de cercetare din San Francisco a descoperit anomalii cromozomice în 2,4% din cazuri (33).

Această metodă de diagnostic prenatal este considerată ca sigură de executat și utilă practic, permițînd decelarea unor boli genetice cu decizia unor avorturi selective. Metoda, precum și decizia care trebuie luată, de acord cu părinții și bineînțeles cu

32) MURPHY E., TODOROV A. — Les probabilités dans le conseil en génétique, *Méd. et Hyg. (Genève)*, 1974, 1 090, 305.
33) GOLBUS M. și colab. — Prenatal genetic diagnosis în 3 000 amniocentesis, *New Engl. J. Med.*, 1979, 300, 157.

Scanned with CamScanner

respectarea reglementării din fiecare țară, ridică și noi aspecte etice și legale pentru medicina modernă (34)(35), ca și alegerea fătului după sex pe baza diagnosticului prenatal (36).

Măsuri postnatale

Un diagnostic de boală genetică postnatal rapid, permite luarea de măsuri adecvate, în cazul unor boli genetice, care necesită un regim alimentar special, cum este cazul prevenirii întîrzierii mintale în *fenilcetonurie*, printr-o dietă lipsită de fenilalanină.

Se tinde, astăzi, și mai ales în perspectivă, la *depistarea sistematică a bolilor genetice la nou-născuți*, deși se apreciază costul ridicat al programelor de depistare (27).

O depistare precoce postnatală a defectelor genetice permite luarea unor măsuri terapeutice adecvate (factorul VIII în hemofilie, globule roșii în talasemie, adaosul de piridoxină în hemocistinurie, perfuzii de leucocite), precum și metode de readaptare a celor handicapați.

Luarea unor măsuri preventive, în cazul unor anumite predispoziții genetice, care intervin în orice boală (diabet, boli cardiovasculare etc.), constituie un domeniu nou și dificil de acționat, de rezolvat în viitor.

Sistemul HLA și predispoziția la anumite boli

O importantă direcție a cercetărilor în genetica modernă este aceea de a descoperi anumite *gene marcatoare* sau *markeri genetici*, care favorizează dezvoltarea unor boli. Încercări mai vechi, prin folosirea grupelor sanguine, au fost dezamăgitoare. În schimb, s-a dovedit promițător în acest scop folosirea sistemului HLA (Human-Leucocyte-Antigen), alcătuit dintr-un sistem complex de gene, localizate pe brațul scurt al cromozomului 6. Au fost precizate 4 locuri *(loci)* A, B, C și D/DR, care permit nenumărate

34) BECK J. R. și colab. — Modern prenatal diagnosis : the ethical dimension, *Lancet*, 1983, I, 303.
35) KURNIT D. — New clinical implications of molecular genetics, *J. Amer. med. Ass.*, 1979, *241*, 1 616.
36) ELLIOTT J. — Abortion fir „wrong" fetal sex, an ethical-legal dilemma, *J. Amer. med. Ass.*, 1979, *242*, 1 455.

Scanned with CamScanner

combinații posibile ale celor 70 de alele (forme alterne ale unor gene). Un mare număr de lucrări au adus probe indiscutabile despre asocierea unor boli (mai ales autoimune), cu anumite antigene HLA (diabetul juvenil, artrita reumatoidă, scleroza multiplă, tiroidita, myastenia gravis etc.). Probabil că factorul principal care explică frecvența acestor antigene HLA, în anumite boli, este un anumit răspuns imun, datorat unor gene care controlează imunitatea.

Circa 40 de boli sînt, pînă acum, corelate cu HLA (30)(37) ; de obicei, asocierea este de tip *risc relativ* : riscul de îmbolnăvire fiind pentru cei cu această genă de 2—15 ori mai mare de a contracta boala respectivă. În spondilartrita ankilozantă, riscul este de 100 de ori mai mare, pentru cei cu HLA-B_8, DR_3. Dintre bolile reumatice, s-a constatat că poliartritele cronice sînt asociate cu HLA-B_{27}, aceste persoane făcînd afecțiuni articulare mai frecvent, în cazul infecțiilor cu Shigella, Salmonella, Yersinia și Klebsiella. O asociere frecventă (de 71 ori mai frecventă decît la martori) s-a constatat între sindromul Reiter și HLA-B_{27}. Sindromul Behçet survine de 16 ori mai frecvent la HLA-B_5. Hepatita cronică activă survine de 2—7 ori mai frecvent la cei cu B_8 și DR_3. Myasthenia gravis este asociată cu tipurile HLA și HLA-3 iar scleroza multiplă cu HLA-3 și HLA-7. Între 66 și 88% din persoanele cu intoleranță la gluten (boala celiacă), aparțin tipului antigenic HLA-8.

Diabetul juvenil insulinorezistent survine mai frecvent la cei cu B_8 și DR_3 (DW_3) sau la cei cu B_{15} sau DR_4 (DW_4). În aceste cazuri, acțiunea unor virusuri (virusul Coxsackie B_4, virusul urlian) se traduce prin afectarea celulelor Langerhans („insulită" virală), urmată de declanșarea unui proces autoimun cu formarea de autoanticorpi antiinsulari și trecerea în diabet zaharat.

Factori genetici intervin și în etiologia unor boli respiratorii cronice, ca enfizemul pulmonar precoce, ca rezultat al scăderii activității antitriptice a serului uman, la anumite persoane cu defect transmis ereditar (genă cu caracter recesiv autosomal) (38).

Relațiile între *genetică și infecție* au fost analizate de noi pe larg într-un editorial (39).

Genetica umană își urmează drumul ei triumfal, pentru noi elucidări în viitor. Se pune de pe acum problema, pe lîngă înființarea de *centre pentru sfat genetic* (care deja activează în unele

37) * * * — H.L.A. and disease, *Brit. Med. J.*, 1980, I, 1 485.
38) HOFMAN S. și colab. — Alpha-1-Antitripsin-Genotyp Bestimmung, *Schweiz. med. Wschr.*, 1973, 103, 100.
39) VOICULESCU M. — Genetică și infecție, *Viața med.*, 1978, 12.
40) * * * — Register in the prevention of genetic disease, *Brit. Med. J.*, 1979, 1, 215.

Scanned with CamScanner

țări) și a înființării unui *registru național genetic*, pentru prevenirea sau cel puțin reducerea bolilor genetice (40). Concomitent, prin manipulări genetice, se vor produce hormoni, antigene și alte produse sub formă sintetică, așa cum recent s-a pus în consum o formă de insulină obținută astfel (Humulin).

75.

Caveat! Vechi molime în timpuri moderne

O lozincă, foarte la modă, în ultimii ani, lansată de cercurile medicale și difuzată cu largă publicitate *coram populo*, este aceea că bolile infecțioase ar constitui o problemă rezolvată a medicinii. După unii, chiar, ne-am afla în pragul eradicării acestor boli sau că, în tot cazul, „viitorul bolilor infecțioase este pecetluit" (41). În această situație, medicina ar trebui să se ocupe, desigur, cu alte probleme, care sînt, de altfel, tot atît de importante și presante, ca : bolile cardiovasculare, cancerul și altele.

Este adevărat că rezultatele terapeutice și profilactice, obținute într-un secol de luptă împotriva bolilor infecțioase, sînt considerabile și se înscriu printre cele mai spectaculoase succese ale medicinii. Aceste progrese au eliberat omenirea de povara multiseculară a epidemiilor, provocate de unele din aceste boli și au determinat o reducere importantă a morbidității și mortalității prin unele boli infecțioase. Astfel, în 1977, s-a obținut eradicarea variolei (prima eliminare a unei boli infecțioase de pe întreaga planetă) și s-au obținut scăderi importante în multe țări dezvoltate, în cazul poliomielitei, rujeolei, difteriei, tetanosului și tusei convulsive. Alte boli, ca : febra tifoidă, malaria și bolile zise „pestilențiale" (pesta, febra galbenă, tifosul exantematic și febra recurentă), au fost reduse mult ca număr. Pe plan terapeutic, s-au obținut reduceri importante ale deceselor prin pneumonii, meningite, septicemii, scarlatină etc. Toate aceste progrese în terapia și în profilaxia bolilor infecțioase au avut influențe profunde asupra stării de sănătate a lumii, contribuind la scăderea mortalității generale și infantile și la calitatea vieții.

41) GSELL O. — Viitorul bolilor infecțioase : eradicarea lor, *Schweiz. Med. Wschr.*, 1968, 16, 597.

Scanned with CamScanner

Între o concepţie „euforică“ şi realităţile patologiei infecţioase

Toate aceste succese au generat, însă, în mintea unor persoane, o concepţie foarte nerealistă şi prematură privind o aşa-zisă „cucerire a bolilor infecţioase“. O astfel de concepţie exprimă mai curînd o stare de „euforie“ a unor persoane insuficient informate, cu privire la situaţia actuală şi perspectivele care se întrevăd pentru bolile infecţioase (42)(43).

În realitate, cu toate succesele obţinute, patologia infecţioasă continuă să deţină o pondere importantă în morbiditatea generală. Astfel, în ţările dezvoltate, 20—40% din cazurile de boală, tratate în ambulatoriu sau spitalizate, sînt de etiologie infecţioasă (44)(45)(46). După cum se ştie, în ţările în curs de dezvoltare (2/3 din populaţia lumii), bolile infecţioase se află pe primul plan, ca morbiditate şi cauze de deces în mortalitatea generală.

Cîteva exemple sînt sugestive :

Se apreciază că *infecţiile respiratorii acute* produc anual, pe întreg globul, 2 200 000 de decese (pneumonii, laringite, broşiolite), aceste boli fiind responsabile de 6% din totalul mortalităţii generale (cu variaţii de la 3 la 12%, iar la copii cu 20% din totalul deceselor) (47).

În ceea ce priveşte *infecţiile digestive,* acestea determină prin *bolile diareice acute,* în zonele tropicale din Asia, America şi Africa, circa 5—18 milioane de decese printre copiii sub vîrsta de 5 ani (48).

Toate aceste date reprezintă cifre statistice de morbiditate şi mortalitate curente, fără a mai vorbi de impactul provocat de epidemii şi pandemii prin unele boli infecţioase, în anumite perioade.

42) DUBOS R., HIRSCH J. — Bacterial and Mycotic infections of Man, Ed. Lippincott, New York, 1965.

43) VOICULESCU M. — Bolile infecţioase în prezent şi în perspectivă. Raport la Sesiunea Academiei R.S.R. şi a Academiei de Ştiinţe Medicale, 14 sept., 1982.

44) CADOZ M. — Prevalence de la pathologie infectieuse à l'hôpital, *Nouvelle Presse méd.*, 1981, 20.

45) BRETON J., LAFAIX CH. — Prévalence de la pathologie infectieuse en médecine praticienne, *Nouvelle Presse méd.*, 1981, 16, 1 309.

46) JACKSON G. G. — Infectious Diseases. An editorial perspective, *J. infect. Dis., 1979, 140,* 123.

47) HITZE K. L. — Les infections respiratoires aiguës : vers un programme mondial, *Chronique O.M.S., 1978, 32,* 180.

48) * * * — Les maladies tropicales, *Chronique O.M.S., 1978, 32,* 180.

Scanned with CamScanner

Este evident că *patologia infecţioasă continuă să fie încă foarte mult prezentă în lume* şi de la această realitate trebuie pornit pentru a face evaluări şi perspective pentru viitorul infecţiilor.

Un inventar bogat de probleme actuale şi de viitor

Patologia infecţioasă *nu este un domeniu static,* ca de altfel toată biologia, ci se află în continuă schimbare. Enumerăm cîteva probleme mai importante şi „cu viitor" :

— *Noi agenţi patologici,* cu bolile infecţioase respective, continuă să fie identificaţi în ultimii ani, ceea ce este de aşteptat şi în perspectivă.

— Se află în curs de precizare *rolul unor virusuri* (mixovirusuri şi paramixovirusuri), în etiologia unor *boli neurologice cronice,* ca : panencefalita subacută sclerozantă (PESS), scleroza multiplă, scleroza laterală amiotrofică şi altele.

— Patologia infecţioasă prin *infecţii virale persistente* (virusul hepatitei B, virusul herpetic şi altele) rezervă încă multe surprize pentru viitor.

— *Rolul oncogen al unor virusuri,* cum sînt cele de tip ARN tumorale *(oncorna)* şi cele ADN din familia herpetoviridae, precum şi virusul hepatitei B, ca agent al cancerului primar hepatic, se confirmă tot mai mult.

— *Infecţiile virale cu virusuri din grupul herpetoviridae* (virusul citomegalic, herpetic, Ebstein-Barr) realizează transmiteri orizontale interumane, la primitorii de transplante de organe şi ţesuturi, în proporţii ridicate (60—90%).

— *Transmiterea verticală a unor infecţii* (mamă-făt) continuă să fie o problemă şi pentru viitor.

— Transmiterea pe *cale genitală* a unor infecţii (altele decît bolile veneriene clasice), favorizate de existenţa unui *sindrom de deficienţă imună cîştigată* (A.I.D.S.), determinat probabil de un virus, transmis pe cale sexuală, a complicat şi mai mult patologia infecţioasă venerianã.

— Un aspect din ce în ce mai frecvent este constituit de *infecţiile cu germeni oportunişti pe organisme cu imunitate compromisă* (prin iradieri, citostatice, corticoizi), care sînt de o gravitate deosebită.

— *Infecţiile nozocomiale* continuă să prezinte o situaţie alarmantă, cu toate progresele profilaxiei. Numai în S.U.A., se apre-

Scanned with CamScanner

ciază că apar anual aproximativ 1 000 000 de infecţii nozocomiale (49).

— Cele peste 150 de *zoonoze*, silvatice şi domestice, continuă să reprezinte o ameninţare prezentă şi de viitor pentru om (un „adevărat rezervor al bolilor umane").

— *Patologia infecţioasă tropicală* (malarie, holeră, encefalite, febre hemoragice, amibiază, helmintiaze etc.) continuă să rămînă o ameninţare pentru restul lumii, cu posibilităţi de transmitere rapidă, prin mijloacele de circulaţie de astăzi.

— *Rezistenţa la antibiotice a bacteriilor* continuă să se dezvolte, *făcînd terapia antiinfecţioasă din ce în ce mai dificilă şi mai scumpă* şi ameninţînd să creeze pentru viitor aşa-zişi „supergermeni" (50)(51).

Iată, într-o scurtă şi rapidă enumerare, care ar fi principalele probleme actuale de patologie infecţioasă, cu potenţial de dezvoltare în viitor.

Vechi molime : pot reveni ?

Pe lîngă inventarul de probleme de patologie infecţioasă „cu viitor", mai sus amintit, unele boli infecţioase restrînse, astăzi în cîteva focare sau care par că s-au stins, pot oricînd să renască, într-un stil de „come back". Sînt boli, care aşteaptă numai o viitoare eroare, neglijenţă sau stupiditate a omului (în cazul, de exemplu, al recurgerii la războiul bacteriologic).

Un astfel de exemplu îl reprezintă bolile infecţioase denumite „carantinabile". Astfel, *variola* a fost eradicată pe întreg globul şi — ca o consecinţă — practic toate ţările au renunţat la vaccinarea antivariolică. Se pun însă unele întrebări :

— Ce se va întîmpla cu stocurile de virus variolic, care se mai păstrează în unele laboratoare din cîteva ţări ?

— Pentru ce să mai permitem virusului variolic să mai trăiască acolo ?

— Ce s-ar întîmpla dacă omenirea — rămasă neprotejată, prin nevaccinare — ar fi expusă unui atac, prin folosirea virusului variolic, ca armă bacteriologică ?

49) CLUFF L. — Infectious diseases : a perspective, *J. Infect. Dis.*, 1974, *129*, 86.
50) PARKER M. — Resistance des bacteries pathogenes aux antibiotiques, *Chronique O.M.S.*, 1982, 36, 200.
51) GEDDES A. — Good antimicrobial Prescribing (introduction), *Lancet*, 1982, I.

Scanned with CamScanner

— Va fi suficient timp atunci și vor fi suficiente dozele de vaccin liofilizat, păstrate de O.M.S. (și de alte țări), pentru vaccinarea de urgență a populației ?

Simple manipulări greșite ale virusului, păstrat în unele laboratoare, pot declanșa epidemii, așa cum s-a și întîmplat, în 1978 la Birmingham (Anglia).

Alte boli infecțioase periculoase, „înțărcuite" în unele zone acum, pot determina epidemii explozive, în orice situație anormală, creată de oameni prin războaie sau dezorganizări sociale și economice.

În acest sens, trebuie înțelese cuvintele lui Zinsser despre tifosul exantematic :

„Tifosul nu este mort. El va trăi timp de secole și va continua să izbucnească, *ori de cîte ori prostia omenească și calamitățile îi vor da ocazia*".

Tot astfel, este situația și cu *pesta,* cu potențialul ei epidemiologic. În prezent, înțărcuită în cîteva focare din Asia, Africa și America, pesta poate oricînd să declanșeze epidemii devastatoare, după cum se exprimă Baltazard :

„Declinul actual al pestei nu este începutul unei dispariții, ci marchează numai sfîrșitul pandemiei moderne. Sólid implantată în numeroase puncte din lume, pesta așteaptă *viitoarea eroare a omului,* pentru a erupe din aceste baze multiple".

Dar *holera,* cu haina sa actuală a celei de-a 7-a pandemii și care circulă în mai multe țări din continente ?

Dar epidemia de *encefalită letargică,* care a izbucnit între 1917 și 1928 în Europa, Asia și America, provocînd 500 000 de pierderi de vieți omenești, rămîne doar o boală a trecutului sau se anunță și pentru viitor ? (52).

Dar *virusurile gripale,* care pot pregăti oricînd o nouă pandemie, cu punct de plecare, probabil, anumite „epicentre" din Asia ?

Sînt *vechi molime,* care pot *renaște* în timpuri moderne.

În fine, poate cea mai tragică eventualitate este aceea imaginată în situația eventualilor supraviețuitori ai unui război nuclear, în care aceștia vor fi decimați de epidemiile de boli infecțioase, rămase incontrolabile, prin distrugerea rețelei sanitare și a mijloacelor de prevenire, prin anularea rezistenței antiinfecțioase, distrusă prin iradiere, și prin imposibilitatea de asanare a zonelor de cadavre de oameni și de animale.

Stă însă în puterea și în cumințenia omului de a preveni un astfel de holocaust, a omului conceput ca *homo sapiens.*

52) GREENOUGH ANNE, DAVIS J. — Encephalitis lethargica : mystery of the past or undiagnosed disease of the present ? *Lancet,* 1983, I, 922.

Scanned with CamScanner

Gerontologia în perspectivă: este bătrînețea curabilă?

Toate bolile pot fi prevenite ori vindecate,
inclusiv acelea ale bătrîneții,
și nimic nu ne poate împiedica
de a prelungi viața noastră, după dorință,
pînă la aceea a vîrstelor antedeluviene.

B. FRANKLIN (1706–1790)

În ultimii ani, se discută și se scrie tot mai mult despre bătrînețe și se pare că, în perspectivă, preocupările despre „vîrsta a treia" vor crește și mai mult.

Interesul pentru această „a treia vîrstă" a omului este explicabil, dacă ținem seama de cîteva constatări foarte actuale.

— În primul rînd, durata medie a vieții a crescut continuu în ultimii ani, datorită progresului socio-economic și al medicinii. Astfel, după un raport al O.N.U., în perioada 1975—1980, durata medie a vieții a fost în lume de 57,5 ani, față de numai 47 de ani în anii 1950—1955. În țările dezvoltate, „speranța de viață" a ajuns la 70 și chiar la peste 75 de ani. În același timp, numărul vîrstnicilor (cei peste 60 de ani) a trecut de la 200 milioane în 1950, la 350 milioane în 1980, cu tendință să ajungă la sfîrșitul acestui secol, la aproape 600 de milioane. Acest fenomen demografic, în plină expansiune, justifică interesul multidisciplinar pentru „vîrsta a treia".

— O altă constatare este aceea că, în același timp, *a încetinit și îmbătrînirea.* Astfel, la aceeași vîrstă cronologică, persoanele de astăzi sînt cu 5—10 ani mai tinere decît părinții noștri (53). Se precizează că, dacă nu intervin bolile intercurente, orologiul biologic prevede o vîrstă mult mai lungă, decît eram obișnuiți să credem. Unii gerontologi afirmă chiar că sîntem programați, genetic, pentru o vîrstă de 110 ani!

— Pe de altă parte, se consideră o eroare de a se accentua numai pe procesele de involuție la această vîrstă și a se neglija puterea de creație, performanțele intelectuale și fizice ale persoanelor vîrstnice. Citățm, în acest sens, cîteva exemple elocvente: Sofocle a scris tragedia sa „Oedip rege" la 75 de ani; Goethe a terminat „Faust" la 83 de ani; Verdi a compus opera „Othello"

53) BASTÉNIE A. P. — Le vieillissement et les nouvelles sources de la jeunesse. Un volum, 270 p., Ed. Flammarion, Paris, 1983.

Scanned with CamScanner

la 75 de ani și vestitul „Requiem“ la 85 de ani ; Tiziano a pictat „Bătălia de la Lepanto“ la 95 de ani ; Bernard Shaw a scris piesa „The Apple Cart“ la 75 de ani și a continuat să scrie pînă la 94 de ani ; Picasso lucra și la 91 de ani. Exemplele pot continua. Pare din ce în ce mai natural să concepem vîrsta înaintată ca tot atît de aptă pentru creații literare, artistice și, desigur, și științifice. Va fi posibil ca tot mai multe persoane să realizeze vîrsta și performanța scriitoarei Margaret Murray, care — depășind etatea de 100 de ani — a scris cartea „My First Hundred Years“.

Clasificări

Cînd începe vîrsta a treia ? Majoritatea gerontologilor o situează la etatea de 60 de ani, deși în ultimii ani este tendința ca pragul celei de-a treia vîrste să fie urcat la 65 de ani, cînd vorbim de persoane „vîrstnice“, pe cînd bătrînețea propriu-zisă începe de la 75 de ani (54). Organizația Mondială a Sănătății, prin experții săi, a clasificat perioada vîrstei a treia, în următoarele categorii :

— *Persoane vîrstnice*, între 60 și 75 de ani.
— *Bătrîni* (bătrînii cu adevărat bătrîni), peste 75 de ani.
— *Longevivi* (macrobioți), cei care au depășit 85—90 de ani.
— *Marii longevivi* (centenari), 100 de ani și peste.

Se recunoaște deci că există „bătrîni tineri“ și „adevărați bătrîni“.

În perspectivă : se schimbă piramida vîrstelor ?

Statisticienii, gerontologii și *(last, but not least)* economiștii au dat alarma : piramida vîrstelor se schimbă dramatic, în favoarea celor vîrstnici. Exemple : la începutul acestui secol, doar 3% din populația S.U.A. avea mai mult de 65 de ani, pentru ca în prezent proporția acestor persoane să ajungă la 11,6%. În același timp, speranța de viață a crescut de la 47 la 75 de ani.

Se apreciază că, în următorii 50 de ani, proporția bătrînilor (75—85 de ani) va crește cu 200%, iar a longevivilor cu 300%. Cauze : bolile infecțioase mai bine controlate, un stil de viață ameliorat (o nutriție mai adecvată, scăderea consumului de țigări

54) DUDA RENÉ — Gerontologia medico-socială, Edit. Junimea, Iași, 1983.

Scanned with CamScanner

pe cap de om, cultură sanitară prin mass media), o îngrijire medicală mai bună (control, supraveghere). Toate acestea au contribuit la scăderea accidentelor vasculare cerebrale și a mortalității la vîrstnici cu 20—45%.

Se moare deci mai puțin și mai tîrziu în perioada vîrstei a treia. În perspectivă, proporția celor vîrstnici deci va crește. În anul 2000, persoanele în vîrstă de peste 65 de ani pe întreg globul vor fi în număr de 400 de milioane (6,4% din populație) (55). În Franța, se apreciază că cei în vîrstă de peste 60 de ani vor reprezenta, în anul 2000, 25% din populația Franței. În țara noastră (după datele prezentate la Simpozionul național de gerontologie, decembrie, 1979), numărul longevivilor (cei peste 85 de ani) a crescut de 2,6 ori în ultimele decenii, și pînă în anul 2000 va mai crește de 2,4 ori.

Bătrînii vor deține astfel o mai mare pondere în lume și se vorbește adesea chiar de o posibilă viitoare „gerontocrație".

O nouă viziune asupra bătrîneții

Este dificil de precizat *cînd* începe îmbătrînirea. Teoretic, îmbătrînim mereu, cu fiecare zi, de cînd ne naștem. Se pare însă că un anumit prag se conturează pe la 20 de ani, cînd uzura începe să predomine asupra dezvoltării (R. Porto). După R. W. Bedsine (gerontolog la Harvard Medical School), îmbătrînirea este un proces liniar, care începe uzual, de la 30 de ani, cu modificări funcționale, care se dezvoltă treptat, afectînd în special capacitatea respiratorie, cardiacă, metabolismul și circulația renală. Procesul se dezvoltă treptat, dar cu variații individuale (56). *Ritmul de îmbătrînire este diferit pentru fiecare persoană.* Nu îmbătrînim toți în aceeași durată de timp și în același mod. Există o vîrstă cronologică și una biologică. Gerontologii români — Ana Aslan și M. Dumitru — deosebesc o *îmbătrînire fiziologică* (ortobioză, ortogerie) și o *îmbătrînire accelerată.* Ei au elaborat criterii de apreciere a vîrstei biologice (57).

Pentru aceste motive, „vîrsta a treia" nu poate fi privită ca ceva amorf, monoton și similar, și nici nu poate fi confundată în întregime cu bătrînețea, în sensul clasic și peiorativ al noțiunii. Trebuie să ne îndepărtăm de la conceptul depășit al bătrîneții pasive și triste, așa cum o priveau mulți în trecut. În acest sens,

55) „Redonner la vie à la vieillesse", *Chronique O.M.S.*, 1982, 2, 70.
56) BEDSINE R. W. — Extrablatt, *Münch. Med. Wschr.*, 1983, nr. 7.
57) ASLAN ANA, DUMITRU M. — Gerontologia, *Contemporanul*, 1979, 15 iunie.

Scanned with CamScanner

se exprima Virgilius în opera sa „Georgice" : „vin bolile și trista bătrînețe", sau Terentius (185—155 î.e.n.) : *„senectus ipse morbus"*, iar mai tîrziu Fr. Penzoldt (1849—1927) obișnuia să spună : „bolile cele mai periculoase sînt acelea care nu provoacă dureri. Cea mai rea dintre toate, în afară de prostie, este bătrînețea și aceasta începe cu picioarele". *Molesta senectus !*

Recent, cu ocazia Simpozionului internațional asupra reumatismului (Paris, 13—14 oct., 1983), gerontologul Bedsine se ridica împotriva unor anumite prejudecăți, denumite de el „cele cinci mituri", care circulă despre bătrîni, și anume :

— că toți aceștia ar suferi cu adevărat de bătrînețe ;
— că ar fi bolnavi ;
— că ar fi senili ;
— că ar fi lipsiți de *vita sexualis ;*
— că ar fi sortiți să moară curînd.

Astfel de afirmații sînt în mare parte contestabile. Actualii bătrîni trăiesc mai mult, activează, nu se plictisesc și nu sînt senili decît într-o proporție de 15% (din cei peste 65 de ani).

Trebuie să abandonăm trecutului unele imagini urîte despre bătrînețe — ca miturile mai sus-citate — și să concepem această vîrstă ca o perioadă încă activă și creatoare în viața omului. După cum se exprima recent Mircea Moarcăș (58) : „poziția unei societăți față de membrii ei vîrstnici constituie un adevărat test asupra gradului de cultură și civilizație atins de acea societate însăși". Căci, așa cum afirmă în mod just autorul, longevitatea este determinată de condițiile de viață, ca mod de a trăi rațional, sănătos, ca grad de cultură generală și sanitară. În majoritatea țărilor, persoanele aparținînd vîrstei a treia tind să se înscrie din ce în ce mai mult ca surse de creație, de muncă și nu ca o povară pentru societate.

Se dezvoltă astfel o nouă morală despre persoanele vîrstnice, în ciuda unor glasuri izolate, care vor să le considere ca „nonvalori economice" sau fac sugestii scandaloase, în sensul că bătrînilor ar trebui să li se restrîngă asistența medicală (după Crick), iar după 70 de ani să li se interzică tratamente costisitoare ! (53).

Nu ne îndoim însă că va prevala morala, după care persoanele vîrstnice vor fi concepute tot mai mult ca resurse de creație, de experiență și de înțelepciune, aducîndu-și contribuția lor la mersul înainte al societății, fără să constituie o povară pentru aceasta.

În acest mod, bătrînețea nu va mai apărea ca o etapă a retragerii forțate, ci ca o rezultantă a procesualității acumulării valorilor proprii cunoașterii umane.

58) MOARCĂȘ M. — Longevitate, *România Liberă*, 1982, 6 oct.

Scanned with CamScanner

Îmbătrînirea ca mecanism

Studiile asupra procesului de îmbătrînire au preocupat intens pe oameni şi, în mod deosebit, pe specialiştii gerontologi. Aşa cum este definită de şcoala românească de specialitate, „gerontologia este ştiinţa care se ocupă cu studiul proceselor de îmbătrînire, a cauzelor şi mecanismelor la nivelul tuturor organismelor vii", iar *geriatria* (gerontologia clinică) se ocupă cu prevenirea, terapia, supravegherea continuă şi readaptarea la viaţa socială a vîrstnicilor şi bătrînilor". Ambele au ca obiectiv promovarea unei bătrîneţi active (57).

Este fundamental să facem distincţia în gerontologie între *procesul de îmbătrînire,* ca proces complex şi dinamic, şi *bătrîneţea,* ca etapă distinctă a ciclului ontogenetic (57). Esenţa procesului de îmbătrînire nu este însă elucidată în mod satisfăcător. Majoritatea gerontologilor consideră că este vorba de un *„proces multifactorial",* cu o alternanţă complexă a mai multor componente" (H. France) sau ca „o rezultantă a unor fenomene de mare diversitate şi complexitate" (A. Aslan).

Se desprinde însă părerea că, în acest proces şi în determinarea duratei vieţii, intervin 2 tipuri de factori : a) *factori endogeni şi genetici* (cu o pondere de 65%) ; b) *factori exogeni,* din mediul înconjurător (cu o pondere de 35%).

După Roy Walford, reputat gerontologist (59), procesul de îmbătrînire se desfăşoară după un program genetic, care „este înscris în numai cîteva gene ori sisteme de gene". El consideră că procesul de îmbătrînire este dependent, în primul rînd, de *renovarea* (reparaţia) genetică a *ADN,* purtător al mesajului genetic în reproducerea celulelor. Acest ADN este reprodus ori „fotocopiat" de la o generaţie de celule la alta, dar — pe măsura îmbătrînirii — fidelitatea şi calitatea acestor copii se deteriorează, acumulîndu-se erori succesive, care denaturează mesajul genetic. După Walford, fiecare organism posedă însă şi un sistem de *autoreparare,* a cărui eficacitate variază de la un individ la altul, corectînd pe parcurs erorile care se produc. Acest sistem de autoapărare este şi el prezent în anumite gene şi de eficacitatea acestuia ar depinde longevitatea şi deci ritmul îmbătrînirii.

Un alt factor important, care intervine în procesul de îmbătrînire, este *sistemul imunitar,* a cărui integritate este controlată tot de un sistem de gene M.H.C. Funcţia acestui sistem se modifică cu timpul, în sensul că *răspunsurile imune declină cu vîrsta avan-*

59) WALFORD R. — Maximum Life Span., un volum, 256 p., W. W. Norton, New York, 1983.

Scanned with CamScanner

sată în timp ce *reacţiile anormale, autoimune, cu efect autodistructiv sînt în creştere.* În acest mod, organismul devine mai vulnerabil, nu numai faţă de agresiunile externe, dar şi faţă de aceste reacţii imunitare interne, care conduc la distrugerea propriilor celule.

Această ipoteză a îmbătrînirii, prin creşterea cu vîrsta a reacţiilor autoimune (declinul în *self-tolerance)* a fost emisă de M. F. Burnet în 1959 şi reluată ulterior de el (60), de Walford, de Burch, Comfort şi alţi gerontologi.

Acumularea de erori şi epuizarea facultăţii celulelor diploide umane de a se diviza limitează durata vieţii. După L. Hayflick, se estimează la 50 numărul maximal de diviziuni ale celulelor ţesutului conjunctiv uman, capacitate care se epuizează către vîrsta de 90—110 ani, cînd celulele mor.

După o altă teorie, denumită *programarea genetică,* în organism ar exista „genele îmbătrînirii", care — activate la un anumit moment al existenţei — ar provoca îmbătrînirea biologică, punînd capăt funcţiilor şi proceselor biologice.

Problema este dacă se poate interveni sau nu, în mod corectiv, asupra acestui „destin genetic". După Walford, dispunem de mecanisme compensatorii şi corective, prin care putem ameliora controlul genetic al celor două sisteme (renovarea ADN şi sistemul imunitar) şi obţine astfel *amînarea îmbătrînirii biologice şi extinderea longevităţii.* O concluzie optimistă.

În plus, mai putem interveni şi asupra acelei proporţii de 35%, care ar reprezenta, după Franke, ponderea de influenţă a factorilor exogeni asupra îmbătrînirii : prin ameliorarea mediului înconjurător, dietă (subnutriţie fără malnutriţie) şi altele.

Poate fi deci tratată bătrîneţea ?

O astfel de enunţare apare, *de plano,* cu mult prea prezumţioasă pentru posibilităţile actuale. Putem însă interveni asupra procesului dinamic de îmbătrînire, căci acesta, aşa cum afirmă Ana Aslan, înseamnă nu numai involuţie, ci şi evoluţie, cu posibilităţi noi de autoreglare, acomodare, compensare.

Ceea ce se poate obţine, mai mult decît printr-o terapie tardivă, este *amînarea, îndepărtarea îmbătrînirii,* cu asigurarea unei longevităţi, în care urmărim nu numai mai multă cantitate de

60) BURNET M. F. — An immunological approach to ageing, *Lancet,* 1970, 2, 368.

Scanned with CamScanner

viață, dar și o calitate mai bună a vieții : „să adăugăm, deci, nu numai ani vieții, ci și viață anilor“ (Moore).

Față de procesul de îmbătrînire, se va obține deci mai mult prin măsuri preventive decît prin terapie, ca și în alte situații morbide. Putem să intervenim și să împiedicăm îmbătrînirea accelerată și prin felurite mijloace să revigorăm bătrînețea. Din această cauză, nu putem fi de acord cu modul prea pesimist de a vedea lucrurile al unor autori ca Chapuy și Haond (61), care făcînd o revistă istorică a mijloacelor de luptă împotriva bătrîneții, sînt de părere că „nimic nu poate întîrzia procesul de îmbătrînire“, toate rețetele din antichitate și pînă acum fiind negative. Este de reținut totuși aforismul, după care „tot secretul artei de prelungire a vieții este de a nu o scurta“, ceea ce înseamnă a nu face erori, care să perturbe programarea genetică a duratei vieții normale de 90—100 de ani.

Pe plan terapeutic, în tratarea bătrîneții s-a încercat enorm. O analiză critică a utilității medicamentelor, așa-zise „geriatrice“ sau „nootropice“, duce la concluzii controversate (62). Cele mai multe conțin vitamine, anabolizante, elemente minerale, hormoni, procaină. Față de procesul complex și multidimensional al îmbătrînirii, nu se poate conta însă pe un medicament, pe o așa-zisă pilulă magică sau „elixirul vieții“. Multe din aceste medicamente geriatrice vizează ameliorarea funcției cerebrale (memorie, concentrație, atenție) și creșterea performanțelor fizice.

Pe lîngă preparatele biotropice pe bază de procaină *(Gerovital)*, creație a școlii românești de geriatrie, se mai folosesc alte substanțe (Hydergine, Piracetam, Piritinol), cu efecte asupra funcției cerebrale și de îmbunătățire a stării generale, care pot fi mai bine evaluate prin studii dublu orb cu placebo.

Soluțiile preventive sînt acelea care asigură longevitatea și calitatea vieții, prin amînarea îmbătrînirii biologice și profilaxia bolilor acestei vîrste. Mulți au căutat aceste soluții în secretele centenarilor, care afirmă în general că :

— au păstrat un spirit tînăr, bucuria de a trăi (ținînd seama că pentru unii îmbătrînirea este și o prejudecată socială și psihologică) ;

— au respectat bioritmurile (ritmul circadian etc.) ;

— au păstrat gustul de lucru, ducînd o viață activă ;

— au fost cumpătați în alimentație și au evitat toxicele.

61) CHAPUY P., HAOND P. — La fontaine de la jouvence toujours aussi utopique, *Lyon Méd.*, 1980, *244*, 233.

62) KANOWSKI S. — Ist Altern heilbar ? Von Nutzen sogennanter Geriatrika, *Dtsch. Med. Wschr.*, 1982, 107, 43, 1 619.

Scanned with CamScanner

Este evident că pentru a deveni longeviv sînt necesare — pe lîngă factorii genetici — menținerea unei vieți active, atît pe plan fizic (mers, activități fizice, obștești, sport), cît și pe plan intelectual (lecturi, preocupări literare ori artistice), continuarea practicării profesiunii. După Butler (63), în S.U.A., erau în 1971 peste 25 000 de medici în vîrstă de peste 65 de ani în practică activă, 6 000 dintre aceștia avînd peste 75 de ani.

Pentru unii, vîrsta a treia poate însemna *„un nouveau départ dans la vie"*. În locul unei retrageri forțate ori resemnate, să continuăm a activa. Căci „îmbătrînirea nu este numai un proces fiziologic, ci și o stare de spirit" (H. Mahler).

Respectarea *bioritmurilor fiziologice* și a duratei normale a somnului (8 ore pe zi), nutriția rațională și evitarea toxicelor (alcool, fumat) completează rețeta longevității active.

Evident, la aceste reguli de viață lungă, se adaugă prevenirea și tratarea precoce a bolilor acestei vîrste, prin control medical periodic și optimizarea asistenței medicale a bătrînilor.

Există o medicină a vîrstelor și, în acest scop, cărțile de geriatrie (patologie și terapeutică geriatrică) devin tot mai mult o necesitate (64). Geriatria se va perfecționa continuu și își va cîștiga locul pe care îl merită, ca disciplină în planul de învățămînt al facultății.

La acestea se vor adăuga desigur — în perspectivă — rezultatele noilor cercetări în domeniul geneticii (anumite manevrări genetice), al imunologiei, al biologiei îmbătrînirii, pentru a permite realizarea acelui potențial de longevitate al oamenilor, care este mult mai mare decît se crede și, totodată, fără inconvenientele senectuții. Există multe posibilități de a se interveni profilactic și terapeutic asupra procesului de îmbătrînire, ținînd seama că sînt multe fapte care pledează contra determinismului total genetic (aceasta a fost și concluzia recentului Congres de geriatrie de la Baden-Baden, 1983). În acest sens, optimist și creator, a acționat școala românească de geriatrie, inițiatoare a *gerontoprofilaxiei* pe plan mondial, prin C. I. Parhon, Ana Aslan și elevii lor, avînd ca for științific Institutul Național de Geriatrie și Gerontologie, primul institut de acest gen în lume (1952), recomandat de O.M.S. ca model de organizare și activitate pentru toate țările.

63) BUTLER R. — Why survive ? Being Old in America, 496 p., Harper & Row, New York, 1975.

64) DUMITRU M. și colab. — Geriatrie, un volum, 537 p., Ed. medicală, București, 1982.

Scanned with CamScanner

Medicina în viitor: multe speranțe, dar și multe probleme

Există o tendință marcată în viitorologia profană, curentă, de a se vedea viitorul medicinii foarte „în roz". Fiecare sondaj, în acest viitor, apare multora plin de cele mai grandioase realizări, de cuceriri sigure ale celor mai înalte culmi ale speranțelor actuale, de rezolvări incredibile. Se dă frîu liber, astfel, imaginației celei mai aprinse și dezideratelor celor mai avîntate, ori de cîte ori se vorbește de medicina de mîine, de medicina anului 2000.

După o anchetă făcută în Franța, 80% din cei întrebați s-au arătat convinși că știința medicală va rezolva curînd vindecarea tuturor bolilor grave, un credit care ne onorează foarte mult.

Trebuie să recunoaștem că, în mare parte, un astfel de optimism este justificat, dacă ținem seama de marile realizări profilactice și terapeutice ale medicinii, obținute mai ales în ultima sută de ani, precum și de rezultatele cercetărilor în curs, care se anunță foarte promițătoare în viitor.

Din păcate, există însă unele dificultăți, precum și multe probleme de rezolvat.

În primul rînd, un impediment major pentru satisfacerea acestor deziderate, îl constituie mijloacele materiale alocate cercetării biomedicale, modeste în comparație cu fondurile astronomice destinate altor cercetări tehnologice. Așa cum bine s-a spus: a fost mai ușor să trimitem un om în lună, decît să vindecăm un guturai sau o altă viroză.

Pe de altă parte, o analiză mai atentă ne va arăta că, în perspectiva realizărilor medicale viitoare, se profilează — pe lîngă multe lumini și succese — și anumite umbre și dificultăți, care nu pot fi trecute cu vederea, dacă dorim ca acestea din urmă să fie combătute din timp și, pe cît posibil, prevenite. De aceea, orice incursiune în viitorologia științifică a medicinii trebuie să fie cît mai realistă și mai prudentă și să distingă nu numai culmile luminoase ale realizărilor, dar și aspectele întunecate ale unor efecte adverse și tendințe negative. Constituie un fapt notoriu că multe din descoperirile medico-biologice generează nu numai efecte binefăcătoare, dar și consecințe nocive, care ne amintesc de acea cutie a Pandorei din mitologia greacă: după ce cutia a fost deschisă au ieșit din cutie, pe lîngă duhurile bune ale descoperirilor utile

Scanned with CamScanner

omului, şi spiritele rele, duşmănoase existenţei acestuia. Un exemplu de acest gen în medicină îl constituie descoperirea antibioticelor, de care se leagă nu numai marile succese ale vindecărilor, pe care le obţinem astăzi, dar şi riscurile reacţiilor adverse şi ale dezvoltării rezistenţei microbiene la antibiotice. Orice incursiune în viitorul medicinii trebuie să ţină seama de aceste aspecte.

Progresul tehnologic în medicină va continua

Toate pronosticurile sînt de acord : *medicina va deveni tot mai tehnică* — în sensul bun al cuvîntului — prin introducerea şi folosirea a tot mai multor metode şi proceduri din progresul tehnologic în curs.

Cîteva exemple şi tendinţe sînt convingătoare.

Explorările în scop diagnostic, în special prin tehnici noi neinvazive, vor face organismul uman tot mai transparent şi mai accesibil explorării la nivelul tuturor organelor şi ţesuturilor, pentru detectarea oricăror modificări patologice. În acest scop, în timp ce examenul radiologic clasic, vechi de peste 80 de ani, va rămîne încă util în multe privinţe, s-au adăugat şi se vor dezvolta cu succese spectaculoase, alte tehnici.

Tomografia computerizată (cu scanner, scanograf) constituie o adevărată revoluţie tehnică, prin care ni se redă cu o precizie nemaipomenită, tot organismul uman, în cupe anatomice de 1—3 mm (imagini tomodensimetrice), cu posibilitatea de a vedea *în direct* toate parenchimurile şi a pune în evidenţă modificări de structură din cele mai mici. Deşi aparatul este foarte costisitor, calculele economice arată că, în afară de valoarea explorării, costul acestei metode, în comparaţie cu alte proceduri de diagnostic, este favorabil scanner-ului, deoarece se elimină alte analize şi se scurtează durata spitalizării cu 37% (65)(66).

Ultrasonografia (echografia) constituie o metodă, care utilizează „ecoul" diferit la ultrasunete, al fiecărui ţesut, recepţionat şi transformat pe ecran în imagini de film dinamic. Inocuitatea totală a acestei metode neinvazive îi conferă un imens avantaj, fiind utilizabilă şi la femeile gravide. Echografia se generalizează din ce în

65) NAHUM H. — Plaidoyer pour une machine : Le scanner, *Nouvelle Presse méd.*, 1981, *10*, 25, 2 079.

66) MARTIN N. şi colab. — Incidences du tomodensiomètre sur le coût diagnostique des syndromes tumoraux rénaux. *Nouvelle Presse méd.*, 1981, *10*, 25, 2 081.

Scanned with CamScanner

ce mai mult (5 milioane de examene pe an, în prezent, în Franța), cu perspective bune în viitor, prin simplitatea, inocuitatea și costul redus al metodei.

Tomografia cu emisiune de pozitroni constituie o nouă metodă a medicinii nucleare, cu perspective — se pare — extraordinare : se pot filma unele procese metabolice, circulația și consumul unui medicament în organism etc.

Scintigrama, realizată prin introducerea în scop diagnostic, în organismul uman, pe cale intravenoasă, a unor *izotopi radioactivi* (cu viață scurtă și legați de moleculele folosite de corpul uman) constituie o metodă introdusă de mai mulți ani și cu perspective încă bune în viitor.

Rezonanța magnetică nucleară constituie o metodă recentă, a cărei aplicare în medicină, în scop diagnostic, se află încă la început, dar creditată — în perspectivă — cu performanțe extraordinare (ar întrece scanner-ul). Metoda are caracter *neinvaziv,* nu folosește radioactivitatea, nici razele X, detectînd numai semnalele emise de nucleii unor atomi prezenți normal în organism, semnale captate cînd pacientul se află pus într-un cîmp magnetic puternic al unui electromagnet. Sînt în discuție unele riscuri și pericole ale acestei metode (67)(68).

Alte progrese tehnice, care se impun ca proceduri de diagnostic, în continuare, sînt : *fibroscoapele,* de mare utilitate în exploatarea tubului digestiv ; *automatizarea aparaturii de laborator ; metode histochimice de diagnostic.* În diagnosticul infecțiilor se introduc, din ce în ce mai mult, *tehnicile rapide de diagnostic : contraimunoelectroforeza, ELISA, RIA, coaglutinarea, anticorpii fluorescenți, electronomicroscopia* etc. (69)(70)(71)(72). Folosirea *computerilor* ca metodă (ori ajutor) în diagnostic se dezvoltă cu unele rezultate.

În terapie, progresele se realizează și vor continua tot pe plan tehnic prin colaborări interdisciplinare. Un exemplu îl consti-

67) STECKER E. P. — Magnetische Kerneresonenz, *Dtsch. Med. Wschr.,* 1983, *108,* 14, 551.
68) RINCK P. A. — Risiken und Gefahren der NMR-Tomographie, *Dtsch. med. Wschr.,* 1983, *108,* 25, 992.
69) MARGET W. — Erregerdiagnostik in Bewegung, *Münch. med. Wschr.,* 1983, 39, 831.
70) MEIER EWERT H. — Schnelldiagnostik bei Vituskrankheiten, *Münch. med. Wschr.,* 1983, 46, 1 053.
71) CAJAL N., ISTRATI I. — Tendințe în diagnosticul rapid al infecțiilor virale. *Microbiologia (Buc.),* 1982, 27, 4, 229.
72) SIMIONESCU OLGA, ELIAS I. — Studiul diagnosticului rapid în bolile parazitare, Ibid., p. 249.

Scanned with CamScanner

tuie *aplicările laserilor în medicină,* deja introduse în țara noastră în terapia oftalmologică, în neurochirurgie, în chirurgia ORL, în dermatologie, în chirurgia neoplasmelor (73), cu posibilități mari de dezvoltare în viitor. Alte exemple : *realizarea cordului artificial* (implantat în 1983 pe primul om, care a trăit 112 zile cu o inimă mecanică) ; *by-pass aorto-coronarian ;* implantare de *pace-makeri reglabili* (cu tendință în ultimii ani la unele aplicări în exces) ; reconstituiri de oase și articulații cu material plastic ; producerea unei *insuline umane,* fie prin semisinteză, fie prin biosinteză cu ajutorul unei tehnici de recombinare ADN (74) ; *dializa renală la domiciliu* prin aparate de dializă miniaturizate etc.

Alte domenii, în care se progresează necontenit, este acela al *microchirurgiei* și al *transplantelor de organe,* precum și în producția *substanțelor antimicrobiene* (noi cefalosporine și peniciline de sinteză).

În perspectivă, se va perfecționa *terapia anticanceroasă,* prin noi medicamente antitumorale. Rezultate mai bune se obțin de pe acum în *leucemii,* dintre care în unele forme la copii se realizează durate de remisiuni, care echivalează cu vindecarea.

Sînt numai cîteva exemple din mersul — am putea spune triumfal — al progresului tehnologic în medicină, pe plan diagnostic și terapeutic.

Progresele geneticii

În domeniul geneticii progresele se conturează tot atît de spectaculos, atît în cercetare, cît și în unele aplicări practice, cum sînt :

— generalizarea sfatului genetic ;

— introducerea *amniocentezei* pentru *diagnosticul prenatal* al unor anomalii genetice (ceea ce ar sugera avorturi selective) ;

— măsuri de supraveghere postnatală (pentru anumite boli genetice) ;

— determinarea tipurilor HLA, predominante în anumite boli (cu importanță în diagnostic) ;

— tehnici de manipulare genetică, prin transferuri țintite de gene, în scopul obținerii unor alte produse biologice, ca hormoni

73) STOCHIȚĂ S. — Laserii în medicina contemporană, comunicare la Primul simpozion național interdisciplinar dedicat noului în știință și tehnologie, București, 16—17 noiembrie 1983.

74) SONNENBERG G. — Humaninsulin, ein therapeutischer Fortschritt ? M. Berger, 1983, *108,* 24, 927.

Scanned with CamScanner

ori antigene pentru vaccinuri, așa-numita „inginerie genetică" (75). Sinteza insulinei umane reprezintă unul din exemple.

Tehnologia genetică și terapia bolilor genetice rămîne în continuare o preocupare a viitorului.

Rolul economiei sanitare

Acest rol va crește irevocabil în importanță, dat fiind costul tot mai ridicat al tehnicilor moderne de diagnostic și tratament. Medicul va deveni, tot mai mult, și un ordonator de cheltuieli, avînd drept călăuză propria sa conștiință cît și limitele bugetului sanitar.

Orientarea profilactică va crește

Apare indubitabil că *orientarea medicinii în viitor se va face din ce în ce mai mult spre prevenire*. Exemple :

— Supravegherea prenatală va fi tot mai complexă.
— Gerontoprofilaxia se va generaliza.
— Prevenirea insuficienței renale va fi un obiectiv important.
— Noi vaccinuri se vor realiza în perspectivă.
— *Profilaxia bolilor cardiovasculare* prin programe de supraveghere și de educație sanitară (dietă, schimbarea stilului de viață) se anunță foarte rodnice în rezultate. În unele regiuni, s-a reușit *scăderea accidentelor vasculare cerebrale cu 45% în perioada 1970—1974, față de anii 1945—1949* (76). Mortalitatea prin boli cardiovasculare a scăzut cu 32% în ultimii 30 de ani, după un studiu făcut de Levy și colab. (77). Cardiologii din țara noastră anunță, de asemenea, o scădere a morbidității și mortalității prin boli cardiovasculare, care se va accentua în anii ce vin (78). „Experimentul Oradea" pe 100 000 de persoane din județul Bihor pledează în același sens : reducerea morbidității cu 3% în ultimii 5 ani (79).

75) VOSBERG H. — Die Gentechnologie in der Medizin. *Dtsch. med. Wschr.*, 1982, *107*, 1, 1.
76) GARRWAY W. M. et al. — The declining incidence of stroke, *New Engl. J. Med.*, 1979, *300*, 449.
77) LEVY R. — Stroke decline : implications and prospects, *New Engl. J. Med.*, 1979, *300*, 490.
78) VLAICU R. — Vor fi stăpînite bolile cardio-vasculare ? *România Liberă*, 11.IV.1983.
79) POPA EUGEN — Sănătatea inimii și investigația preventivă. *Scînteia*, 5.XII.1982.

Scanned with CamScanner

— *Investigații tip „screening"*, pentru depistarea în masă a unor boli cronice și a tendințelor patologice, sub forma unor programe pe termen lung, sînt în acțiune în țara noastră pentru boli de nutriție, diabet, boli psihice și altele.

Este de admis că viitorul medicinii va consta tot mai mult în *triumful profilaxiei*, al medicinii preventive, care va contribui în mod substanțial la creșterea calității vieții.

Rolul educației sanitare

În viitor, rolul educației sanitare va continua să crească considerabil așa cum sugerează de pe acum solicitările tot mai mari ale populației pentru *informația medicală*, care cu greu poate fi satisfăcută prin toate mijloacele actuale de *mass media*. Așa cum arătam în altă parte, noi pledăm pentru dezvoltarea *educației sanitare*, acțiune mult mai complexă prin care urmărim să *convingem populația pentru anumite conduite favorabile sănătății* și care nu trebuie confundată cu simpla *informație medicală*, adesea prezentată în stil senzațional sau deformat.

„Sănătatea pentru toți în anul 2000" (deviză a O.M.S.) necesită o populație cu o foarte bună cultură sanitară.

Necesitatea cooperării populației la propria sănătate

Numai o populație bine informată asupra progreselor obținute în apărarea sănătății și asupra rolului care-i revine fiecăruia în acest scop — ca paznic al propriei sănătăți — va putea oferi acel teren favorabil obținerii sănătății pentru toți. Succesele profilactice și terapeutice viitoare ale medicinii vor depinde foarte mult de deplina înțelegere și colaborare a populației, de acea atitudine denumită, cu un termen anglo-saxon, *compliance* (consimțămînt, ascultare, conformare — aici înțeles față de sfaturile medicale).

Se pot da, în acest scop, exemple pozitive și altele negative.

Un exemplu pozitiv și impresionant, prin ceea ce s-a obținut (la care ne-am mai referit anterior), este *scăderea mortalității prin boli coronariene și accidente vasculare cerebrale* cu 25—46% în ultimele decenii. Acest declin al deceselor este atribuit unei combinații de factori, în care intră :

Scanned with CamScanner

— *Un control mai bun al hipertensiunii arteriale* (mai bine diagnosticată și tratată), exprimînd o bună colaborare medic-pacient.

— *O schimbare în nutriție*, prin scăderea consumului de sare, de grăsimi animale, de unt și ouă, cu o *dietă predominant vegetariană și fructariană.*

— *O scădere a consumului de tutun* (cu 27,1% în S.U.A.).

Astfel de rezultate, comunicate din cîteva țări (Australia, S.U.A., Europa) sînt atribuite schimbării stilului de viață al populației respective, conform cu recomandările medicinii moderne (80) (81). Din ce în ce mai multe persoane se conving că alimentația rațională constituie premisa unei vieți mai îndelungate.

În același sens, a unei mai bune cooperări cu populația, pledează și declinul unor boli infecțioase, prin măsuri preventive constînd din măsuri de igienă și vaccinări, acceptate și îndeplinite în masă.

Exemplele negative sînt, poate, mai multe, dintre care citățm cîteva.

Alcoolismul, ca boală (intoxicație cronică), a crescut enorm, afectînd între 5—10% din populația diferitelor țări și devenind o gravă problemă medico-socială. Numai prin ciroză hepatică, anual, mor în Franța 57,2 persoane la 100 000 locuitori (82). Nici pe plan social, nici prin educație sanitară, nu s-a obținut pînă acum vreun rezultat convingător. Un alt exemplu este *fumatul,* pe care o revistă medicală îl denumea recent, într-un editorial, un *holocaust evitabil* (83), fumatul fiind responsabil de peste 80% din cazurile de cancer pulmonar, ca și de alte afecțiuni bine cunoscute. În Anglia, se apreciază că fumatul omoară anual 50 000 de oameni și contribuie la moartea a încă 100 000. Circa 25% din fumători mor înainte de vreme din cauza fumatului. În această problemă, o bună lămurire a publicului poate duce la rezultate. Astfel, medicii din Anglia au renunțat în mare parte la fumat, iar în S.U.A. numărul fumătorilor a scăzut cu 27,1% în perioada 1963—1980.

Una din bolile cele mai comune este *caria dentară,* care afectează imensa populație a lumii, o adevărată pandemie (de carie). În Anglia, 95% din populație suferă de carie dentară, iar tratamentul costă anual 400 de milioane de lire (84). Specialiștii consi-

80) ACHESON R., WILLIAMS D. — Does consumption of fruit and vegetables protect against stroke? *Lancet,* 1983, I, 1 191.
81) WALKER W. — Changing U.S. life style and declining vascular mortality — a retrospective, *New Engl. J. Med.,* 1983, *308,* 649.
82) PAQUE C. — Taux de la mortalité par cirrhose en France. *Nouvelle presse méd.* 1982, *11,* 816.
83) * * * — The avoidable holocaust. *Brit. Med. J.,* 1980, 6 219, 959.
84) SHEIHAM A. — Sugars and dental decay. *Lancet,* 1983, I, 282.

Scanned with CamScanner

deră caria dentară ca o boală infecţioasă, produsă de anumite bacterii din cavitatea bucală, a căror acţiune nocivă este favorizată de consumul de zahăr în exces.

În acest caz, profilaxia cariei ar depinde de o conduită adecvată a populaţiei, prin scăderea consumului de zahăr (nu mai mult de 15 kg de zahăr pe persoană şi an), o igienă dentară corectă, la care se adaugă fluorizarea apei potabile.

Sînt cîteva exemple, care ilustrează cît de mult depinde sănătatea de înţelegerea şi colaborarea populaţiei.

Între tehnicitate şi clinică în medicină

Medicina de astăzi nu mai este aceea de altădată şi medicina de mîine va fi, în multe privinţe, alta — un adevăr *à la Palice*. Ceea ce frapează însă este ritmul mult mai rapid al schimbărilor care se produc astăzi şi ceea ce îngrijorează pe mulţi este întrebarea : cît va mai rămîne din arta medicinii — şi poate şi din umanismul acesteia — într-o medicină care va deveni tot mai mult tehnică.

Situaţia actuală ne apare foarte clar formulată într-un articol (85), din care citäm aceste fraze : „Medicinii clinice, născută şi dezvoltată în ultimul secol şi în prima jumătate a celui actual, i se substituie rapid o *medicină paraclinică*, al cărui cost creşte, în proporţie inversă cu contactul uman, progresiv eliminat. Iniţial complementare, întregind un diagnostic fondat pe anamneză şi examenul clinic (adică pe contactul cu bolnavul), examenele paraclinice, biologice şi radiologice tind să se substituie şi să rezume esenţialul practicii medicale“ (85).

Evident, nimeni nu ar mai voi să ne întoarcem la vechiul portret al medicului practician de altădată, la acea imagine a medicului generos, stînd lîngă patul unui bolnav grav, fără să poată să-l ajute în mod eficace, în lipsa mijloacelor tehnice de care dispune astăzi, ca reanimare şi terapie intensivă. Teama care se profilează pentru viitor este *excesul tehnic*, *„tehnicismul“* în defavoarea clinicii şi a unei îngrijiri umane, personale, cu riscul de a se ajunge la o *medicină robot*. S-ar putea dezvolta astfel un *mare dezechilibru* între situaţia omului suferind, care se simte subestimat şi neglijat şi, de cealaltă parte, maşina privilegiată şi idolatrizată (G. Friedmann).

85) L. BOCCON-GIBOT, STREY A. — Mort de la clinique ou le grand déséquilibre. *Méd. et Hyg. (Genève)*, 1980, 38, 4 045.

Scanned with CamScanner

Evident, nimeni nu va putea opri ca progresul tehnic să intre larg în medicină, dar tehnica va trebui controlată în așa fel ca să nu devină o „tehnocrație", pentru a nu afecta psihologia bolnavului, căldura umană a relațiilor pacient-medic și nici să ignoreze realitățile economice.

Unitatea medicinii trebuie să se păstreze sub forma unui just echilibru între clinică și mijloacele paraclinice, care furnizează date obiective prețioase, dar pe care numai medicul clinician le poate utiliza spre binele deplin al bolnavului.

Unele temeri vor persista însă

În unele privințe, ceea ce părea odată „știință-ficțiune" s-a transformat, mai repede decît s-a crezut, în realități palpabile. Astfel, cei care pronosticau că reproducerea umană s-ar putea tehniciza, în sensul „fabricării" de copii, se văd astăzi confirmați în mare parte. Pe lîngă inseminația artificială, care a devenit curentă (anual se nasc în S.U.A. 25 000 de copii prin acest procedeu), s-a reușit, în ultimii ani, fecundația în eprubetă a ovulelor umane, urmate de implantarea în uter a oului, pentru dezvoltarea ulterioară („copii de eprubetă"). Se așteaptă realizarea placentei artificiale, iar alegerea sexului apare posibilă. Se va ajunge oare ca reproducerea umană să devină o problemă de tehnică uzinală ? Copiii respectivi vor fi astfel orfani de la naștere ? Ce va fi atunci cu familia ?

Iată cum biologul și scriitorul J. Rostand vedea un astfel de viitor-ficțiune în *Homo biologicus* :

„Sînt născut dintr-o sămînță selecționată și iradiată cu neutroni.

Sexul meu a fost ales.

Am fost purtat de o mamă care nu era a mea.

În cursul dezvoltării mele, am primit injecții cu hormoni și ADN.

Am beneficiat de un tratament supraactivator al scoarței cerebrale ; după naștere, cîteva grefe tisulare au venit să favorizeze evoluția mea intelectuală și, acum încă, în fiecare an, mă supun la o cură de întreținere, pentru a-mi menține spiritul în bună formă și instinctele mele la tonusul optim.

Nu este cazul să fiu mulțumit de corpul meu, nici de sexul meu, nici de a trăi — dar cine sînt eu ?

Sărman *homo biologicus !*"

Scanned with CamScanner

Sînt apoi și alte nelămuriri și îndoieli.

Se discută astfel *viitorul reanimării și al terapiei intensive prelungite*, în ceea ce privește limitele etice și economice ale acestora : selecția ori nu a pacienților și pentru ce durată se aplică o ranimare prelungită ?

Relațiile medic-pacient vor deveni mai dificile, din cauza mai multor factori, ca :

— Deformarea informației medicale a publicului, prin abuzul de relatări aberante, senzaționale ori cu caracter de reclamă personală.

— Abuzul de explorări multiple, superflue și costisitoare, mai ales în țările capitaliste, de către medicii practicieni, care se tem din partea pacienților de urmăriri și procese judiciare („medicina defensivă").

— Asaltul medicinii neștiințifice (anti-medicina), prin tămăduitorii de profesie *(guérisseurs)* ori amatori.

— Costul în creștere al asistenței medicale, din cauza metodelor noi de investigație și medicației moderne, din ce în ce mai scumpe („explozia costului ridicat").

Un alt aspect tulburător privește formarea și specializarea medicilor, prin dificultățile de a învăța, create de acumularea enormă de noi cunoștințe, dezavantajele specializării excesive, necesitatea unei culturi generale solide.

Se dezvoltă apoi tot mai mult, în viitor, un hiatus între cantitatea descoperirilor științifice și dificultățile aplicării lor în practică. Cunoaștem din ce în ce mai mult, dar aplicăm prea puțin, o mare parte din omenire neavînd acces la acest progres. Într-un anumit sens, ne amintim de acel citat din Herodot, care spunea — este adevărat în îndepărtata antichitate — : „Una din mizeriile cele mai amare ale omului este de a cunoaște prea mult și a putea controla prea puțin".

Am conturat în cadrul acestor cîteva incursiuni în viitorul medicinii, pe lîngă mari și justificate speranțe, și unele dificultăți și îndoieli, care trebuie cunoscute și rezolvate din timp.

Este justificat însă să ne așteptăm ca medicina viitorului să ofere omenirii, în condiții de pace și de alocații mai mari pentru cercetarea științifică medicală, vindecarea multor boli, încă nerezolvate terapeutic și mai ales, o sănătate mai bună, atît de necesară pentru o calitate superioară a vieții.

Scanned with CamScanner

78.

Spre o medicină a omului sănătos

Spre ce se îndreaptă medicina viitorului și în ce sens această evoluție va influența viitorul omului constituie una din întrebările cele mai firești, căci — așa cum s-a spus în mod justificat — *fără de sănătate nu există fericire.* Sănătatea intră ca o componentă principală în preocupările oamenilor și în calitatea vieții.

Pe plan mondial, proiectele Organizației Mondiale a Sănătății (O.M.S.) sînt, în această privință, foarte ambițioase. Programul lansat acum cîțiva ani de H. Mahler, directorul O.M.S., are ca titlu : *„Sănătate pentru toți pînă în anul 2000"*. O declarație foarte optimistă ! Va fi oare posibil de realizat un astfel de deziderat atît de repede ? Mai ales dacă ținem seama că în definiția dată de O.M.S. sănătății, aceasta trebuie să însemne „nu numai absența bolii, ci acea stare de bine general — fizic, mintal și social".

Îndeplinirea unui astfel de program, de o considerabilă importanță, necesită însă aportul unor multipli factori, o perfectă armonizare cu progresul social și economic al lumii, fonduri financiare importante, precum și o largă cultură sanitară, în sensul cel mai cuprinzător al acesteia, al unei perfecte cooperări cu populația, a captării interesului fiecăruia *asupra stilului de viață, a traiului sănătos.*

După declarații mai recente făcute de Thomas Adeoye Lambo (director adjunct al O.M.S.) (86), rezultă că obiectivele O.M.S. sînt însă mai prudente decît apar după deviza programului lansat. „Nimeni nu își închipuie că în anul 2000 nu vor mai fi boli. Înseamnă că sperăm ca în anul 2000 majoritatea oamenilor din orice comunitate, fie din țări industrializate, fie din cele în curs de dezvoltare, *să aibă acces la asistența medicală.* Sperăm că în anul 2000 va fi mai multă justiție socială, posibilități mult mai echitabile pentru fiecare de a beneficia de succesele științei și ale tehnicii. Sperăm ca în anul 2000 să putem fi mîndri că majoritatea copiilor sub 5 ani vor fi vaccinați, protejați împotriva bolilor infecțioase ucigătoare. Iată ce înțelegem noi prin Sănătatea pentru toți pînă în anul 2000" (86). Sînt obiective mult mai realiste !

86) Dialog cu Th. A. Lambo : *România Liberă*, 20.X.1983.

Scanned with CamScanner

Dincolo de raza de acțiune a medicului

A devenit un adevăr prea comun faptul că medicina nu poate opera singură pentru a apăra sănătatea oamenilor, fără contribuția altor factori importanți, sociali și economici, și mai ales fără o înțelegere cît mai cuprinzătoare și o colaborare din partea fiecărui om. Reproșurile și temerile unora despre „o monopolizare a sănătății de către medici", despre „o medicalizare a sănătății" în perspectiva anilor ce urmează, sînt ridicole și fără fundament.

Așa cum s-a spus adesea, *sănătatea este mai mult decît o problemă medicală*. Climatul de asigurare a sănătății este mult mai larg. „Nu poți garanta sănătatea lumii tratînd numai bolile, trebuie să garantezi condițiile economice, sociale și politice pentru securitatea fiecărui om" spunea Th. A. Lambo (86).

În mod foarte concret, s-a exprimat și președintele J. Nyerere, cînd a definit *cele trei rele ale Africii*, responsabile de situația dificilă a țărilor de acolo, în modul următor : *sărăcia, ignoranța și boala*. Toate acestea se influențează reciproc, în sensul unui cerc vicios. Dar, pentru a învinge boala, trebuie mai întîi să fie suprimate primele două, ceea ce este foarte firesc. Recunoscînd existența unor probleme situate dincolo de raza lor de acțiune, medicii pot totuși acționa și în aceste domenii, prin responsabilitatea lor socială, ca cetățeni și ca specialiști, înarmați cu cunoștințele lor de medicină socială și de sociologie a medicinii.

În țările socialiste — așa cum este țara noastră — aceste probleme sînt în mare parte rezolvate, prin faptul că *sănătatea populației constituie o problemă de stat*, iar asistența sanitară este caracterizată printr-o conducere și o concepție unitară, accesibilitate pentru întreaga populație, gratuitate, calitatea mereu perfecționată a îngrijirilor acordate și, mai ales, printr-o orientare preventivă a medicinii, prin numeroase realizări pe acest tărîm. *Superioritatea ocrotirii sănătății publice în țările socialiste, față de cele capitaliste, rezidă tocmai în faptul că bazele profilaxiei se află în însăși structura socială, în economia socialistă*, iar sănătatea face parte din sistemul complex al calității vieții.

În aceste țări, se află condițiile cele mai prielnice pentru ca medicina să devină din ce în ce mai mult o medicină a omului sănătos, o medicină a sănătății.

Conceptul de medicină a omului sănătos

Acest concept modern, al medicinii omului sănătos, are la bază obiectivele medicinii preventive, *prin care apărarea*

Scanned with CamScanner

și promovarea sănătății se urmăresc în mod activ, prin variate și multiple acțiuni cu finalitate preventivă.

Astfel sînt măsurile de *depistare precoce* a unor anormalități și tendințe morbide, înainte ca organismul să devină suferind și să suporte riscul bolii și al consecințelor acesteia. Este perfect logic și totodată infinit mai ușor și mai eficient *să previi decît să tratezi boala declarată.* În virtutea acestui concept modern, medicul nu mai așteaptă să-i vină la cabinet bolnavul declarat, ci caută el însuși — în colectivități, întreprinderi, școli sau acasă — să depisteze persoanele predispuse la anumite boli sau aflate în stadiul începător al unor boli cronice. Se realizează astfel ceea ce se denumește *depistarea activă* a bolilor, în stadiul lor inițial, biochimic, înainte ca aceste anormalități să devină clinic evidente ca boală. În acest mod, se pot lua măsuri corective din timp, pentru o ateroscleroză care avansează, o cardiopatie ischemică incipientă, o hipertensiune arterială la limită, un scleroemfizem pulmonar care se dezvoltă spre o insuficiență respiratorie și așa mai departe.

Asemenea obiective au devenit realizabile astăzi, prin *programe de control periodic al sănătății populației* (depistări în masă, *screening),* folosindu-se, pe lîngă examenul clinic, tehnici de laborator și alte investigații paraclinice, prin care se pot decela predispoziții morbide și stadiile începătoare ale bolilor, la un nivel mult mai profund — biochimic ori molecular — al acestora. Se verifică astfel acel adagio, după care „omul care se simte normal este adesea un bolnav care se ignoră".

Pe același plan, se situează și *examenele medicale periodice ale muncitorilor,* prin care se urmărește un control riguros și regulat al stării lor de sănătate, pentru depistarea precoce a celor mai mici și începătoare anormalități și corectarea lor.

Astfel de măsuri se efectuează și în domeniul medicinii infantile, prin descoperirea din timp și tratarea unor boli metabolice, determinate genetic, precum și prin măsuri luate înainte de procreație, prin sfatul genetic, pentru prevenirea unor boli condiționate genetic.

În țara noastră, s-a elaborat și se află în curs de aplicare *programe pe termen lung* pentru întreaga populație, pentru prevenirea și depistarea precoce a unor boli, ca : bolile cardiovasculare, cancerul, bolile psihice, bolile de nutriție și altele.

Se tinde în acest fel ca medicina modernă să facă un mare pas înainte în apărarea și promovarea sănătății, devenind din ce în ce mai mult o medicină adresată omului sănătos, în contrast cu vechiul concept de a se aștepta tratarea bolii declarate.

Scanned with CamScanner

La acest nivel de activitate, la această orientare a medicinii moderne s-a referit în mod concret președintele țării noastre, tovarășul *Nicolae Ceaușescu* cînd a spus, cu ocazia înființării Consiliului Sanitar Superior, următoarele :

„Trebuie să se acorde atenția principală prevenirii bolilor, apărării sănătății, nu intervenției după ce omul s-a îmbolnăvit, cînd — uneori — nu mai este nimic de făcut".

Sensul larg al cultivării sănătății

Medicina actuală, și cu atît mai mult medicina viitorului, trebuie să se îndrepte deci spre un obiectiv mult mai avansat, mai complex și totodată de înalt umanism, acela de a cultiva și promova sănătatea oamenilor, prin cele mai variate măsuri. În acest scop, medicul trebuie să iasă din izolarea sa, din „turnul de fildeș" al tehnicității pur medicale, și să intervină ori să contribuie la descoperirea, îndepărtarea sau combaterea factorilor nocivi pentru sănătate din mediul înconjurător, al factorilor de risc pentru sănătate.

Va fi nevoie, în viitor, de un nou tip de medic, un medic care să aparțină nu numai bolnavului, ci tot mai mult societății, *care să acționeze ca un consilier pentru toate activitățile umane, care pot influența sănătatea.* Sfatul său ar trebui deci ascultat în toate activitățile umane, care pot afecta mediul înconjurător și crea factori de risc pentru îmbolnăvire. Ca igienist, el va trebui să intervină în găsirea unor soluții, prin care omul să se reconcilieze cu mediul său ambiant, prea mult impurificat astăzi prin variate poluări : chimice, sonore și altele. Va trebui ca acest medic să se intereseze de toată viața societății, cu variatele ei probleme : de educație, muncă, urbanism etc.

În acest sens, pot fi înțelese și acele cuvinte frumoase pe care le-a spus despre medicină Paul Valéry : „medicina înseamnă toate științele în serviciul omului".

Vor trebui descoperite și promovate toate acele condiții și măsuri, care asigură oamenilor o cît mai bună stare de sănătate, care prelungesc durata activă a vieții omului, care îmbunătățesc calitatea vieții, care fac ca bătrînețea să vină cît mai tîrziu și cu un coeficient cît mai scăzut al capacității restrictive a activității sale.

În acest scop, sănătatea trebuie înțeleasă și tratată ca o problemă a întregii colectivități, depinzînd de toți factorii de mediu în care oamenii trăiesc și muncesc : de modul lor de viață, de

Scanned with CamScanner

modul cum ei știu să respecte și să conserve calitatea mediului înconjurător, de igiena acestui mediu, de cultura generală și sanitară a fiecăruia, de modul cum se valorifică toți factorii naturali de întărire a sănătății, de la nutriție rațională la cultură fizică, sport, utilizarea stațiunilor balneare ș.a.m.d.

„Trebuie să știm ceea ce facem și ceea ce nu trebuie să facem pentru noi înșine" și în acest scop educația sanitară, cultura sanitară făcută de medici are o valoare incomensurabilă (87). Iar educația poate fi definită, cum atît de frumos a spus A. N. Whitehead: „arta utilizării cunoștințelor".

Numai prin înțelegerea și realizarea tuturor acestor obiective cu finalitate preventivă — care se află la baza politicii partidului, a țării noastre — se va ajunge cît mai curînd la acest nobil scop al medicinii moderne, acela de a deveni o medicină a omului sănătos.

O veche năzuință a omenirii

Se va împlini astfel un vis de veacuri al omenirii, acela al unui trai sănătos, ferit de factorii de risc care pîndesc — ca demonii de altădată — sănătatea noastră, dar pe care îi cunoaștem astăzi mai bine și știm că numai o parte se află în mediul înconjurător, pe cînd cei mai mulți se află în stilul nostru de viață, prin ceea ce facem ori nu facem pentru sănătate.

O întrebare persistă însă: vor putea motivările, argumentele științifice de astăzi să convingă mai mult oamenii pentru a respecta normele unui trai sănătos? Căci omenirea nu a dus lipsă de astfel de sfaturi nici în trecut din partea unor mari medici ai antichității și chiar a altor minți luminate, din alte domenii ale activității umane.

Ni se pare instructiv, de aceea, să încheiem aceste reflecții cu acel frumos sonet, consacrat păstrării sănătății, de către Leonardo da Vinci (1452—1519), acel mare spirit enciclopedic al Italiei, care a creat ca pictor, sculptor, inginer, arhitect și cunoscător al corpului uman (88):

87) GUNARATNE V. — Health for all by the year 2000. The role of health education. *International Journal of Health Education*, 1980 (ian.—mar.), supl. la vol. XXII, nr. 1.

88) Traducere de C. D. Zeletin (Dr. Constantin Dimoftache, I.M.F.-București).

Scanned with CamScanner

Se voi star sano, osserva questa norma

Vrei sănătate ? Ţine minte această normă :
Să nu mănînci de nu ţi-e foame. Cată
Să nu cinezi. Să-ţi fie mestecată
Mîncarea şi să aibă formă.

Cînd leacuri iei, greşeala e enormă !
Evită atmosfera grea, stricată
Şi somnul ziua ; furia turbată,
Şi, oricînd, poziţia diformă.

Nu sta flămînd. Stomacul nu se-ndoapă
Nu-ţi amîna, nici nu-ţi grăbi ieşirea
Bea cu măsură vin şi fără apă.

Nu sta cu burta-n sus, adus de spate
Cînd faci mişcări să nu te-ntreci cu firea
Întinde-ţi noaptea învelitori bogate
Odihnă şi în minte veselie
Fugi de desfrîu. Dieta lege fie.

LEONARDO DA VINCI

Scanned with CamScanner

Index alfabetic

A

Abrahams A. 224
Acar J. 243
Acheson R. 464
Adrian I. 150
Alecsandri V. 49
Aledort M. 360, 361
Alibert 12
Amark C. 346
Amen R. 325
Anderson J. 25, 438
Andreescu 256
Angelescu M. 61, 112, 152. 169, 214, 381
Apfelbaum M. 318, 319
Apollo 427
Arbore E. 48
Arky A. 340
Aroneanu H. 48, 150
Arseni C. 166
Asgian B. 374
Asher R. 40, 214, 258, 259, 260
Aslan Ana 452, 454, 455, 457
Atkinson R. 259
Augier P. 66
Averroes 116, 318
Avicenna 116, 119, 318

B

Babeş V. 47, 150, 151
Baboe I. 48
Bachmann N. 126.
Bacon Fr. 12, 74, 75, 77, 119, 264
Bacon R. 117
Bader J. P. 415
Baer U. 257
Bailly-Salin 372
Balint M. 220
Balş M. 142, 237
Baltazard 449
Baltzell W. 270
Banting 294
Baranga A. 48, 167, 170
Barasch I. 48
Barbu M. 380
Barbu Z. 91, 297
Barkin R. 384
Baron N. D. 400
Barondess J. 12, 146, 240
Basarab Neagu M. 48
Basarabeanu Şt. 171
Bassi 396
Basténie A. P. 450
Bateson W. 439
Baum M. 13
Bălăiţă G. 121
Băltăceanu 93
Bean W. 94
Bechterew V. M. 213
Beck J. R. 443
Beda V. 373
Bedell-Thomas C. 106
Bedsine R. W. 452, 453
Beechen 415
Beecher H. 308, 309
Beeson P. 84, 87, 247, 293
Bell J. 34, 263
Beniuc M. 121
Benjamin B. 134
Bennett I. L. 356
Bensaid N. 182, 192. 194, 195
Berceanu Şt. 48
Bercuş C. I. 48, 49
Bergman V. 161
Bergson 375
Berlin N. 199
Berlogea O. 136, 249
Bernal S. D. 300
Bernanos 71
Bernard Cl. 309, 414, 416, 421, 424
Bernard J. 12, 37
Bernstein M. 69, 436
Best 294
Bethge H. 353
Bethune N. 47, 152, 169
Biancolelli D. 380
Biberi I. 48, 167, 170
Biclean O. 201
Bierce A. 114
Bittker T. E. 107
Bîlbîe Vl. 384
Björk G. 174, 175, 319
Black D. 94
Blackwelder W. 344
Blanchard L. 52, 205
Blois M. 69
Bocârnea C. 49, 392
Boccon-Gibot L. 465
Boccond 69
Bodman F. 421
Bogdanoff M. 202
Bologa V. 48
Bonebrake Ch. 256
Boice J. D. 253, 254, 256
Borg A. 390
Borgenicht L. 83, 84
Borgovan I. 49
Borlée I. 328
Botescu N. 105

Scanned with CamScanner

Botiş Gh. 431
Bourdin M. 392
Bourget P. 155
Bousvine J. R. 399
Boyer 335
Brâncuşi C. 374
Brătescu G. 44, 48
Brenner G. 205
Breton A. 167
Breton J. 446
Bricaire H. 241
Brillat-Savarin J. A. 317, 318, 319
Brînzei P. 11, 24
Brînzeu P. 22, 23. 217, 276
Brown M. 340
Bruckner I. 93
Bruckner Silvia 238
Büchner G. 167
Bulla A. 159
Bungetzeanu Gh. 421
Burack D. 87
Burada M. 49
Burcea Helga 392
Burch P. 367, 455
Burghele Th. 61, 97, 240, 276, 292
Burkitt D. 326, 327
Burnand R. 241
Burnet M. F. 367, 455
Burris J. 162
Buşoiu Gr. 201, 204
Butler R. 457
Butnaru C. 253
Buttiaux R. 337
Buzea V. 373
Buzura A. 48

C

Caba T. 420, 426
Cadoz M. 446
Cajal N. 300, 460
Callimachus 227
Calyton J. 103
Camps F. E. 346
Cantacuzino I. 47, 48, 150,151
Capurro N. 364
Card W. 69, 71 ,434, 435, 437
Carlyle 75
Carmichael L. 29
Carone P. 189
Carossa H. 120, 167
Carp O. 48, 168
Carter O. C. 440
Castro J. de 319
Cauwenberge H. van 92
Cazacu T. 429
Cazan Zenovia 48
Căplescu R. 212
Cebotarev 366
Cecil-Loeb 84, 87, 246, 247, 293
Cehov A. P. 83, 167. 169
Celsus 188
Chapuy P. 456
Charette 425
Chavez I. 44, 45
Chemin M. 349
Chesebro H. J. 359
Chesnaye N. de la 317
Chesterfield 37
Chevallier J. 146
Chevallier Maurice 111
Chevrel B. 295
Chichton M. 83
Chiricuţă I. 49, 196
Christie A. B. 334
Cihak I. 48
Cincă I. 374
Ciocîlteu V. 48, 168
Ciornea T. 188
Claparède 375
Clark P. E. 356
Clarke C. 186
Cluff L. 447
Cobal 267
Cochrane A. 185
Cohen S. 330
Collins V. 270
Comenius 63
Comes L. 49
Comfort 455
Confucius 216
Conn R. 139
Conta V. 75
Cooley 271
Cooperman A. 196
Coroi V. 132
Correns C. 439
Corvisart 36, 71, 114
Costea St. 431
Costin Miron 74
Cotlier E. 365
Crawshaw R. 106
Crăsescu V. 105, 151, 170, 171
Crick 453
Crisp A. H. 376
Cronin A. I. 47, 83, 121, 167
Culltion B. 364
Curelaru I. 410

D

Daly R. D. 353
Dambassis J. 381
Danielopolu D. 93
Dauchy F. 403
Dausset J. 441
Davilla C. 48
Davis J. 449
Dayant Ch. 124, 192
Dawber T. R. 329
Dawson J. 208
Dămătîrcă Fr. 105
Dăncescu P. 394
Deaki L. 219
Debray J. R. 233
Debré R. 19
De Jong H. R. 69, 401, 436
De Klaw S. 123
Deltour G. 409
Demling L. 234
Democrit 381
De Moura C. 340
Denoix P. 17, 134, 138, 148
Desgenettes 238
Detmer D. 217
De Vries H. 439
Dimitriu C. Gh. 39
Dimoftache C. 472
Dinarello Ch. 357
Dincă Leontina 137, 384
Diocleţian 113
Discombe G. 194
Disraeli B. 128
Djuvara R. 371
Döblin A. 167, 169
Dobrilla G. 277
Dobrogeanu-Gherea 171, 380
Doczy P. 60, 61, 62, 91, 297
Doenike A. 377
Dogăreci D. 133
Dogramaci I. 29

Scanned with CamScanner

Dona I. 49
Donald R. T. 267
Dorin E. 48
Doyle C. 34, 167, 263
Dragnea 256
Dresnick St. 131
Drevets C. 339
Drieux H. 337
Dubos R. 446
Duda R. 451
Dudley H. 58
Duhamel G. 113, 120. 149, 167, 214, 229, 235, 238
Dumitrescu D. 252
Dumitrescu-Mante 93
Dumitru M. 452, 457
Duncan G. 239, 275
Duport Maria 393
Duregard H. 23, 184, 241, 270
Durham R. 258
Duțescu B. 45, 190, 286
Duțescu Rodica 133

E

Earll R. 254
Eastwood 325
Eck M. 71
Edelman H. 164
Edmondo de Amicis 76
Ehrhart J. 376
Einstein A. 209
Eiseman B. R. 358
Elias I. 460
Ellingsom H. V. 356
Elliot J. 265, 443
Elwood J. M. 195
Elwood P. C. 364
Eminescu M. 75
Enders J. F. 355
Endon K. 435
Ene Gh. 373
Enescu 93
Enescu Alexandra 396
Engel E. 407
Episcopescu 48
Eschil 92
Escoffier-Lambiotte 158
Escovitz G. 111
Eskenazy Stela 40

F

Fabiani G. 89
Fabre J. 177
Fathman G. C. 439
Fauconnier B. 355
Fay F. 13
Feinstein A. 315
Fekete T. 252
Felder M. 277
Felea I. 150
Felix 360
Fields N. S. 363
Filippini L. 325
Fitte G. 392
Florea L. 219
Flügel H. 234
Fodor O. 98, 153, 154, 252
Fox J. 438
Fox Th. 87, 291
France H. 454
Frandin N. 49
Frank J. P. 18, 101
Franke 455
Franklin B. 450
Fredreichs Th. 94
Freikel N. 340
Freud 233
Frey 352
Fricourt P. 260
Friedmann G. 465
Fry W. 382
Funkenstein 104
Furner 13, 32

G

Gaddum 415
Gaillard J. M. 375
Galenus 116, 160, 228, 231, 297, 318
Gallard 366
Garrway W. M. 183, 462
Geddes A. 448
Georgescu-Tistu N. 75
Georgescu Tulcea N. 222
Gerbner G. 159
Gertler H. 117
Geschko H. 427
Ghelerter I. 286
Ghelerter L. 48
Ghiață D. 48
Ghițescu T. 83
Gibod 69
Gibson T. 353
Gilbert D. 437
Girard P. J. 366
Giraud J. 352
Giraudoux J. 293
Glasson B. 166
Glomset A. 361
Goethe 36, 77, 81, 110, 399, 450
Goia 85, 93
Golăescu Maria 252
Golbus M. 442
Goldstein J. 382
Gonella J. 56
Goodwin D. W. 346
Goodwin J. M. 102
Gorki M. 381
Goros C. 45
Gosset J. 36, 70, 241
Gould L. 329
Graham 256
Granerus G. 339
Greenough Anne 449
Greenspan A. 344
Greentree L. 298
Gribasus 228
Grmek M. D. 231
Gross F. 315
Grove D. 435
Grozovici A. 105
Growes J. E. 102
Gsell O. 445
Guichenay P. 71
Guinan P. 71
Gunaratne V. 472
Gutteridge Fr. 311

H

Haase W. 342
Hackett Th. 197
Haenn K. 204
Hahnemann S. 420, 421, 423
Halberg F. 349, 352
Hamburger J. 16, 36
Hammurabi 115, 301
Haond P. 456
Harks V. 341
Harris D. 390
Harris W. 362, 363
Harisson 84

Scanned with CamScanner

Harth V. 94
Harvey M. 340
Harvey W. 309
Hațieganu 85, 93
Hauser P. S. 198
Hawkins A. F. 410
Hayflick L. 455
Heaton K. 326
Heberden 343, 345
Hegés-Heiner 110
Heggarty H. 340
Heiser V. 47, 169
Held R. R. 371
Helmholtz 292
Hennekens Ch. 342
Hennemann H. 69
Hermann R. 196
Herodot 116, 317
Hesiod 339
Hess P. 253
Heuberger T. 325
Hewitt R. 292, 294, 296
Hiatt H. 128, 129
Hinman Fr. 301
Hipocrate 13, 14, 16, 17, 20, 26, 35, 44, 78, 86, 115, 116, 226, 227, 235, 239, 275, 297, 301, 304, 318, 339, 360
Hirsch J. 446
Hitze K. L. 446
Hochhuser W. 353
Hoff F. 246, 425
Hoffmann 360
Hofman S. 444
Holland D. 140
Holliday H. 196
Holmes O. W. 268, 413
Holmes Sherlock 34, 263
Homer 119
Horațiu 380
Horne A. 377
Horwitz L. 345
Hougue C. J. 328
Hovrey S. 265
Hristea I. 48
Hubbell D. S. 369
Huszar T. 132
Huttmann A. 361

I

Iacobescu E. 219
Iagnov S. 93
Ibn Sina 116
Iftimovici I. 48
Ilea Th. 29
Iliescu M. 49
Illich I. 83, 114, 123, 192, 193, 194
Ingelfinger J. F. 92, 122, 123, 164, 202, 401, 414, 430
Ionescu D. 392
Ionescu-Mihăești C. 80
Ionescu Mitică 93
Ionescu R. 358
Ireland P. 260
Irimescu C. 48
Istrati C. 49
Istrati I. 460
Izsak S. 48, 49

J

Jackson G. G. 446
Jacobson H. 322
Jacques M. 134
James P. 327
Jarret R. 353
Jaspers K. 127
Jauregg W. von 355
Jay S. 438
Jenner 309, 383
Jesdinsky J. H. 418
Jonsen A. R. 308
Jukes Th. 165
Juvenal 413

K

Kaech R. 168
Kagan A. 344
Kalant H. 343
Kanovski S. 456
Kapp M. 273, 274
Karzan D. 389
Kass E. 356
Keats J. 167
Kellner H. 404
Keynes G. 78
Khandecar J. 164
Kidd K. 439
King L. 293
Kipling R. 302, 303
Kirchoff J. 105
Klastersky J. 356
Klatsky A. L. 329
Knittel 83, 121
Koltipin 18, 236, 241
Komenski J. 63
Korneiciuk 83, 121, 305
Kornfeld M. 298
Koslowski L, 257
Krafft Th. 177
Krugman 308
Kunin C. 265
Kurnit D. 443

L

Laborit H. 358
Lacasagne A. 426
Lafaix Ch. 446
Lambo Th. A. 468, 469
Lasagna 415
Lassen 274
Laury G. V. 155, 160, 185
Lauture H. de 335
Laver L. 274
Lăpușan I. 137
Leckie M. 245
Lenin 76
Leonardo da Vinci 52, 380, 419, 472, 473
Leonescu M. 299
Levaditi C. 159
Levi C. 152, 167, 169
Levy R. 183, 462
Levin S. 48
Lieber Ch. 342
Linn Sh. 328
Lipkin M. 225
Lister J. 132
Littré L. 49, 167
Livingstone 47
Loehlin 346
Lubbok J. 75, 78
Lucia S. P. 339
Lucillius 116
Ludwig J. 410
Liillmann H. 105
Lupaș I. 132, 133, 137
Lupu N. Gh. 93
Lupu V. 148
Lwoff A. 355

M

Macaulay 75
Mackenzie 256

Scanned with CamScanner

MacLaren N. 340
MacMahon B. 256, 332, 333
Madelin Ph. 123, 187
Magheru G. 48, 167, 170
Mahler H. 129. 200, 457, 468
Mahmoud A. 394
Maimonides 119
Maller A. W. 424
Mallet R. 66
Manoliu V. 159
Marcu C. 416
Marget W. 460
Marin Fl. 252
Marquardt P. 339
Martin J. 179
Martin N. 459
Martindale 84, 161, 242, 412
Maugham S. 83
Maugham W. 47, 167
Maurois A. 37, 76, 99, 108, 120, 184
Mawardi H. 106
Maxwell 56, 417
McCue J. 99
McDermott 84, 87, 293
McFarland R. 372
McGovern G. 320
Meadow R. 410
Meier Ewert H. 460
Melliere D. 32
Mendeloff A. 325
Mendel G. 439
Ménier G. R. 418
Merloo J. 107, 407
Mermezan Elena 392
Merrin J. von 94, 95
Michaels L. 226, 228
Miculi C. 49
Middleton W. 102
Miescher P. 178
Mihu Vl. 384
Mike W. 245
Milansky A. 277
Milcoveanu D. 22
Milcu St. 50, 221. 350
Milholland A. V. 430
Millar-Craig W. 350
Mille 170
Milu N. 253
Mincu I. 323
Mironescu E. 48
Mironescu I. I. 168, 170
Mironescu Th. 36, 414
Mitachell J. 362
Mitchell 325
Mitroi G. 276
Miyahara H. 435
Moarcăș M. 453
Modell N. 415
Moflic Felicia 400
Moga A. 268
Molière 38, 42, 114, 117, 118, 247, 262, 263, 412
Mollaret H. 392
Mollinger 267
Monda V. 48
Mondar H. 236
Monod-Broca Ph. 400
Moore Fr. 80, 81, 172, 197, 456
Moorehead W. 195
Morris S. 164
Moynihan 224
Münchausen K. H. 258
Munthe A. 167. 169
Mureșan P. 148, 432, 433, 438
Murillo 399
Murphy E. 442
Murray D. 21
Murray Margaret 451
Mussorgski 399
Myers J. 98
Myles A. B. 353

N

Nagy B. 189
Nahum H. 459
Nanu-Muscel 34, 93
Napoleon 114, 238
Narducci A. M. 399
Nădejde 171
Neagu-Basarab M. 168
Nemoianu I. 48
Neu H. 265
Neukirchen M. 342
Nicastri A. 356
Nichifor E. 49
Nicolau Graziella 350
Nicolau I. 40
Nicolau Șt. Gh. 110
Nicolau Șt. S. 300
Ninet J. 244
Noack H. 205
Nogues B. 375
Nothangel H. 14, 38
Novack D. 231
Nowlin J. B. 378

O

Oehme J. 257
O'Keefe St. 341
Oliaro T. 290
Ombiaux M. des 317
Oprea N. 166
Oraison M. 21
Orha I. 268
Osler W. 18, 35, 36, 44, 78, 145, 239
Otremba G. 49
Otto W. 429
Ottoi Călin 48, 105, 150
Ozun R. 190

P

Paine Th. 293
Painter N. S. 324. 327
Pană Saşa 48, 167
Papilian V. 47, 48, 49, 168
Paquec C. 464
Paré A. 247
Parhon C. I. 48, 110, 457
Parisot 30
Parker M. 448
Parkinson J. 217, 232, 234
Parsons 127
Pascal 272
Pascu I. 374
Pasteur L. 309
Paul O. 329
Paulescu N. 294, 295, 300
Pavel A. 430
Pavel I. 295
Pavel S. 374, 375
Payne C. N. 147
Păcurariu Fr. 48
Pătrașcu Ioana 135, 183
Păun L. 392
Păunescu A. 121

Scanned with CamScanner

Păunescu Podeanu A.
Peabody F. 241
Pende N. 126, 380
Pene P. 131
Penzoldt Fr. 453
Percek A. 270
Perederi Lenţa 141
Perederi S. 61
Perrier Ch. 102
Petersdorf R. G. 132
Petit Marie G. 157
Petrescu C. 48
Pflanz M. 145
Phair J. P. 367
Picasso 451
Pichot P. 43
Pickering G. 60
Pico della Mirandola 52
Pindar 108
Pirandello 234
Pitiş Marcela 350
Piuariu Molnar I. 48
Platon 231, 410
Platt J. 174
Platt L. 218
Platt R. 224
Plăieşu Al. 176
Plinius 114, 116
Poenaru E. 190
Pomare E. 326
Ponyaud P. 51
Pop V. 48
Popa E. 462
Popa Gr. T. 47. 48, 168
Popescu-Azuga C., 48, 105, 150, 151, 170
Popescu Gr. 16, 127, 149, 184
Popov G. A. 429
Popoviciu L. 374, 376, 377
Potain 263
Powell E. 132
Proca E. 178
Proca G. 48, 168, 170
Prochnow H. W. 410
Purice S. 72, 98
Puşkin 75
Pythia 427

Q

Quai E. 82, 293

R

Rabelais 47, 64. 167, 168, 339, 378, 380, 381
Racovski C. 48
Raicu P. 441
Rainer Fr. I. 47, 334
Raiser W. M. 196
Ramsey P. 276
Rapin M. 279
Rappel M. 238
Raspe R. E. 258
Rauch W. 148
Rădulescu A. 48, 168
Rădulescu S. 16, 149
Rebedea Ileana 392
Reichling B. 254
Reilly E. 377
Reinmann H. 330
Relman A. 86, 87, 165, 414, 434
Renchnick P. 55
Renuadot Th. 49
Rhazes 35, 116, 119, 228
Rhoods G. 344
Ribicoff A. 84
Richardson J. 93
Rigas A. 354
Rilke Reiner Maria 168
Rimbaud A. 399
Rinck P. A. 460
Rîpeanu V. 47
Roch M. 82. 292
Roche M. 371
Rodin 110
Romains J. 127
Roman Aurelia 392
Roman V. 173, 240
Rosemeier P. H. 43
Rosenberg L. 439
Rosenthal M. 367
Ross R. 361
Rostand J. 466
Rudler J. C. 21
Rufus 227, 228
Rumans 260
Rusu V. 392

S

Sadoveanu M. 76
Saint-Exupéry 15, 280
Saleilles 188
Salkie L. M. 139
Salzman E. 361, 365
Samarian P. 105
Sandok B. 363
Saran V. 173, 176
Sato T. 435
Săhleanu V. 290, 301
Săndescu Ionela 393
Săndulescu C. 335
Schaffer H. 52, 88
Schelling J. 312
Schiller 167
Schmidt L. K. 343, 355, 356
Schnitzler A. 167
Schoenberg B. 269
Schoolman M. 436
Schopenhauer 127
Schreider H. 383
Schreier H. 137
Schumancher E. F. 431
Schwartz W. 432
Schweitzer A. 47, 152, 167, 169, 170, 290
Scripcaru Gh. 188
Seebohm M. 339
Sefer Mariana 170
Selye H. 356
Sellers E. 343
Semaşko 156
Seneca 116
Senteul J. de 380
Shaffer M. F. 355
Shakespeare 374
Shaw A. 312
Shaw B. 52, 110, 114, 412, 451
Sheiham A. 464
Shephard W. 53
Shoolman M. 69
Siedel V. 209
Siegfried 239
Siegler P. L. 339
Silber T. J. 277, 314
Simionescu Olga 460
Sinclair D. C. 57
Sion V. 48
Skyler J. 153
Slătineanu Al. 48
Snouw C. P. 272
Socrate 21, 410
Soffer A. 94
Sofocle 450
Sommers A. 108

Scanned with CamScanner

Sonnenberg G. 461
Sorin V. 48
Sournia J. C. 124, 250, 251
Spaulding 74
Spector B. 234
Spielman I. 300
Spiller G. 325
Stahl J. 96
Stanciu I. 136
Stancu I. 252
Standeven A. 369
Starobinski J. 118
Stecker E. P. 460
Steg 69
Stehlin S. J. 198
Steinbeck J. 153
Steimann A. 367
Stenn F. 17, 34
Stere C. 171
Sternberg K. 77
Stevenson R. L. 120
Steudel J. 226, 227
Steward A. 256
Stîncă Șt. 17, 48, 118, 119, 150
Stoichiță I. 438, 461
Straton G. 78
Strauss M. 29
Strebel 339
Strey A. 465
Stroescu V. 416
Stulfz P. 418
Suma S. 253
Szent G. 173
Swartz H. 254
Swanson 267

Ș

Șerbănescu E. 201

T

Talleyrand 401
Task M. 264
Tat M. 250
Tărchilă D. 48, 167, 170
Teculescu D. 400
Teodorescu Bazil 93
Teodosie cel Mare 120
Teohari 93
Teoreanu I. 31
Terentius 38, 43, 44, 168, 453
Theil P. 161
Therond C. 388
Thomas 367
Thomas L. 193
Tic N. 305
Tiziano 110, 451
Todd 113
Todorov A. 442
Toffler A. 431
Toffler H. 431
Treppo C. 245
Trestioreanu A. 195, 198
Trowell H. 324
Trunet P. 222
Tschermak E. 439
Tucidide 41
Tune G. S. 376
Turpin J. 335
Tusques 42

U

Ulieru G. 48, 150, 151, 168, 170

V

Vaillant G. E. 106
Vaisrub S. 328
Valéry P. 471
Valentine W. 92
Valko J. 103
Vasici P. 48
Vasile Șt. 48
Vâță Alla 384
Veinberg I. 49
Veloski J. 56
Verdi 110, 450
Vere D. 315
Veresaev V. V. 37, 152, 169
Verin X. 243
Vernejoul R. de 16, 288
Verstraete M. 359
Veylon R. 32, 397
Vianu T. 45
Villancourt 95
Vincent P. 335, 336
Vinți D. 252
Virchow R. 177
Virgilius 453
Vitner I. 48, 167, 170
Vlaicu R. 183, 462
Voiculescu Georgeta 392
Voiculescu Marin 14, 15, 29, 31, 34, 36, 37, 39, 46, 54, 69, 70, 72, 73, 80, 81, 83, 91, 97, 104, 112, 144, 152, 159, 169, 170, 178, 179, 192, 201, 214, 225, 226, 237, 238, 239, 245, 246, 248, 252, 268, 271, 276, 280, 289, 290, 296, 300, 313, 314, 316, 334, 351, 358, 359, 373, 381, 385, 392, 415, 416, 417, 424, 431, 444, 446
Voiculescu Vasile 48, 167, 170
Voiculescu Vlad 210
Voltaire 20, 75, 263, 292, 412, 407
Vosberg H. 462
Vosti 260
Vranialici C. 48

W

Wade A. 331, 412
Wagner G. 88
Walford R. 454, 455
Walker W. 464
Walsh J. 202
Warren K. 393
Waterfull W. 364
Weiss H. 359, 363
Weiss J. 360, 361
Whiley I. 164
Whitby 139

Scanned with CamScanner

White Ph. 323
Whitecorn K. 124
Whitehead A. N. 472
Whitehead T. 140
Widal F. 65
Wieland 217, 360
Wiggers 309
Wilens S. 118
Williams D. 464
Williams W. O. 167
Wilson J. B. 218
Withering 416
Witschitz L. 243
Wolfangel U. 265
Wolff Sh. 357
Wood B. 66
Woodruff C. W. 320, 390
Woodside N. 111
Wright 118
Wyngaarden 84
Wyshak G. 108

X

Xenofon 334

Y

Yano K. 344
Ygrec 48
Young D. S. 139 140, 405, 406

Z

Zamenhof L. 49
Zeletin C. D. 48, 168, 472
Zervanos N. 55
Zimmerman H. 360
Zinsser H. 399, 449
Zotta M. 48

Scanned with CamScanner